

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES PAYS CHAUDS

TRAITÉ

DES

MALADIES PALUDÉENNES

A LA GUYANE

PAR LE

Dr E. MAUREL

Médecin de première classe de la Marine. Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de la Société d'anthropologie de Paris
Membre correspondant de la Société de thérapeutique de Paris
Membre correspondant de la Société d'hydrologie,
Membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle
Membre de la Société clinique de Paris
Membre de la Société de géographie
Membre de l'Association française pour l'avancement des Sciences

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

TRAITÉ

DES

MALADIES PALUDÉENNES
A LA GUYANE

ERRATA

Pages	Lignes	Au lieu de	Lisez
2	3	« la mieux »	le mieux,
6	4	« abandonnée »	abandonné.
6	18	« un plus sain »	un peu plus sain.
8	12	« Guyane »	Guyane.
10	10	« continue »	continuent
13	5	« secondes »	seconds.
16	dans le tableau	ajoutez E entre l'ENE et l'ESE, mois d'octobre.	
16	id.	id. 9 dans la colonne ESE, mois d'octobre	
42	3	« sappuyer »	s'appuyer.
47	11	« nous en font »	nous font.
50	29	« viennent »	vienne.
51	21	« frissons »	frisson.
54	12	« Mouvements qui lui soient propres »	mouvement qui lui soit propre.
60	9	« mentenir »	m'en tenir.
63	6	« avec »	à.
66	9	« pugatif »	purgatifs.
75	3	« décolorés »	déformés.
75	8	« id. »	id.
75	12	« décoloration »	déformation.

CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES PAYS CHAUDS

TRAITÉ

DES

MALADIES PALUDÉENNES

A LA GUYANE

PAR LE

Dr E. MAUREL

Médecin de première classe de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de la Société d'anthropologie de Paris
Membre correspondant de la Société de thérapeutique de Paris
Membre correspondant de la Société d'hydrologie,
Membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle
Membre de la Société clinique de Paris
Membre de la Société de géographie
Membre de l'Association française pour l'avancement des Sciences

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

À

Monsieur Le Roy de Méricourt

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE,

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,

MEMBRE ASSOCIÉ LIBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Très éminent confrère,

Ce sont vos encouragements qui m'ont fait persévérer dans l'étude difficile des maladies exotiques et c'est à eux que je dois de publier aujourd'hui ce premier travail sur un des points les plus importants de cette pathologie ; veuillez donc, je vous prie, en accepter la dédicace comme un témoignage de ma vive gratitude.

MAUREL,

MÉDECIN DE 1re CLASSE.

PRÉFACE

Sachant combien les affections paludéennes sont modifiées par les différents foyers dans lesquels elles se développent, j'ai voulu dans ce travail faire connaître d'une manière succincte, mais complète, ce qu'elles sont dans un des pays où elles acquièrent le plus d'importance, la Guyane française.

J'ai pensé que si des études entreprises dans le même but étaient faites sur les divers autres foyers, plus ou moins intenses, du paludisme, on arriverait ainsi à distinguer ce que l'on doit considérer comme lui étant essentiel, de ce qui au contraire n'est que contingent et n'appartient qu'aux milieux.

L'importance de ce premier résultat, je le suppose, n'échappera à personne.

Mais outre l'intérêt qu'il y aurait à résoudre cette question, j'ai cru qu'il ne serait pas sans utilité d'étendre mes recherches à ce qui concerne le pronostic et le traitement de ces diverses formes, et par quelques

considérations concises de faire bénéficier mes successeurs de l'expérience de leurs devanciers, en même temps que je leur signalerais les lacunes, encore nombreuses, qu'ils leur ont laissé le soin de combler.

Ce travail sera donc plus qu'un article de géographie médicale, sans être cependant un traité complet de pathologie. Mais il comprendra tous les éléments du premier, et, je l'espère, pourra servir de cadre, de point de départ au second. C'est du moins le double but que je me suis proposé.

Pour l'atteindre, outre des observations personnelles recueillies pendant mes deux ans de séjour, j'ai lu les divers travaux publiés sur ce sujet ; j'ai parcouru tous les rapports des différents chefs de service de santé qui se sont succédés depuis 1850 ; enfin j'ai dépouillé les autopsies et les observations cliniques accumulées au conseil de santé de Cayenne depuis vingt-cinq ans.

J'ai pu ainsi prendre une connaissance entière de mon sujet, et ne laisser échapper aucune des formes paludéennes, même les plus rares, qui ont été signalées.

Puis, après avoir constaté l'existence de ces différentes formes, m'être rendu compte de leur fréquence et des traitements qui ont paru le mieux leur convenir, j'ai voulu, pour procéder à leur étude avec

méthode, et partant avec fruit, les répartir dans un certain nombre de groupes, et c'est ainsi que j'ai été conduit à chercher une classification. Guidé par mes idées sur les localisations du paludisme, idées qui, je l'espère, jetteront un certain jour sur le processus de ses diverses manifestations, mais dont l'exposé trouvera mieux sa place ailleurs, c'est à une classification purement anatomique que je me suis arrêté. C'est-à-dire que, reléguant au second plan l'influence du type, j'ai surtout tenu compte de l'organe atteint, de la complication. C'est qu'en effet, si pour les formes simples la différence de type peut encore permettre d'établir entre elles des subdivisions bien définies, il n'en est pas de même pour les compliquées. Pour ces dernières, seule la différence des organes sur lesquels se sont localisées les complications peut servir de base à une classification vraiment utile. Ici, donc, les divisions seront exclusivement anatomiques. C'est ainsi qu'ont été établis les divers groupes que j'aurai à parcourir, et notamment tous ceux dans lesquels ont été réparties les formes nombreuses confondues avant sous le nom d'*accès pernicieux*.

Enfin cette division anatomique m'a conduit à adopter une terminologie ayant la même base. Lorsque je l'ai pu cependant, j'ai sacrifié au passé en laissant

subsister les noms que la pratique a consacrés. C'est ce que j'ai fait pour les accès comateux, algides, etc. Mais dans certains cas, pour éviter des confusions, j'ai dû y renoncer. C'est ainsi qu'on chercherait en vain, au milieu de toutes les formes dont j'ai traité, le nom de *rémittente bilieuse* si souvent employé par mes prédécesseurs. C'est qu'en effet, à la Guyane, ce nom m'a paru consacrer une erreur, en ce sens que si les fièvres paludéennes graves y sont fréquentes, ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles y offrent une marche rémittente. Le plus souvent, avec des irrégularités, elles sont continues. En tous cas, même lorsqu'elles présentent des rémissions, ces rémissions m'ont toujours paru trop irrégulières ou trop peu marquées pour servir de caractère différentiel à tout un groupe d'affections.

J'ai donc préféré faire abstraction du type, qui du reste est sans importance, et tirer leurs noms des lésions qui les caractérisent. Or l'étude attentive de l'anatomie pathologique de ces formes m'ayant fait constater que leurs lésions varient et qu'à des lésions différentes correspondent des syndromes différents, j'ai dû les répartir dans des groupes distincts et en constituer autant d'entités morbides. C'est à ces entités que j'ai donné les dénominations de *fièvre palu-*

déenne bilieuse, de *fièvre paludéenne bilieuse mélanurique* et de *fièvre paludéenne hémorrhagique*. Je reviendrai sur cette division en parlant de chacune de ces formes.

Ainsi, réunir les notions qui ressortent de la géographie médicale, condenser dans quelques considérations de pathologie les idées de mes devanciers et les miennes sur les diverses manifestations paludéennes, proposer une classification nouvelle basée sur l'anatomie et faisant bien ressortir ce fait que toujours dans ces affections il existe une relation intime entre le symptôme et la lésion, léguer à mes successeurs un guide pratique pour les formes fréquentes, enfin signaler à leur zèle celles dont l'étude est encore incomplète, tel est le but multiple que je me suis proposé dans ce travail, et je serais heureux si le public médical, au jugement duquel je le soumets, me prouvait pas son bon accueil que je ne m'en suis pas trop écarté.

TRAITÉ

DES

MALADIES PALUDÉENNES

A LA GUYANE

CHAPITRE PREMIER

IMPORTANCE DES ENDÉMIES ET DU PALUDISME

Importance des endémies. — Ce qui domine la pathologie de la Guyane, ce sont les endémies. Telle était l'impression qui m'était restée de mes deux ans de séjour dans cette colonie et tel est aussi le fait qui se dégage évident des études de statistique auxquelles je me suis livré depuis.

J'ai pu, en effet, réunir dans un tableau les états trimestriels d'une période qui, sauf quelques trimestres, comprend les dix années les plus actives de la transportation en dehors de toute influence épidémique. Or de ces statistiques, il résulte que sur 29,178 malades traités à l'hôpital de Cayenne, de 1858 à 1867, 16,666 appartiennent aux endémies et 12,512 seulement aux autres divisions du cadre pathologique [1]. Comme on le voit, en négligeant

1. 5,149 sur 12,512, appartiennent aux affections internes sporadiques (Voir le tableau n° 1).

les centaines, c'est une prédominance d'un quart. Ce ne sont pas là cependant les éléments de statistique qui la font la mieux ressortir. Cette prédominence apparaît bien plus frappante, si au lieu de comparer le nombre de maladies on compare le nombre de décès. Dans le même hôpital, pendant les 13 ans qui se sont écoulés de 1857 à 1869 on en a compté 1,270; or sur ces décès, 902, c'est-à-dire, presque les trois quarts reviennent à ces mêmes endémies !

C'est cette prépondérance des affections endémiques, non seulement sous le rapport du nombre, mais aussi sous celui de la gravité, qui m'a engagé à commencer par elles les études de pathologie que je me propose de faire sur cette colonie, et c'est sur elle que je compte pour me faire pardonner la longueur des chapitres que je me promets de leur consacrer.

Importance du paludisme. — Le groupe des maladies endémiques à la Guyane comprend : le *paludisme*, l'*anémie*, la *dysenterie*, l'*hépatite*, la *colique sèche* et le *tétanos spontané*. Mais la première et la seule de ces affections dont je veuille m'occuper en ce moment est le *paludisme*. C'est qu'en effet de toutes, et comme fréquence et comme gravité, c'est la plus importante. Il est possible qu'ainsi que le pense mon ami et collègue le Dr Burot, on ait rattaché à ce groupe d'affections certaines formes mal déterminées qui doivent en réalité rentrer dans un autre genre morbide. Mais en somme quelque étendue qu'il donne au *genre amaril*, je suis convaincu que, même dans sa pensée, l'influence paludéenne n'en reste pas moins celle qui joue le rôle principal dans la pathologie de ce pays, et que celle de la fièvre jaune et de ses différentes formes, ne vient qu'au second plan.

Je pense donc qu'on peut appliquer au paludisme en

particulier ce que je disais en général des endémies, c'est-à-dire qu'il domine la scène pathologique et que tout au moins, dans cette prépondérance des maladies endémiques, a plus large part lui appartient.

Si le souvenir de mes différents services dans les ambulances et les hôpitaux, où chaque visite pouvait être assimilée à une distribution générale de sulfate de quinine, ne me suffisait pas, j'aurais pour m'affermir dans cette conviction mes propres statistiques et celles de mes devanciers. En 1858 sur 2,051 cas de maladies endémiques soignées à l'hôpital de Cayenne, 1,642 appartiennent au paludisme et le total des maladies internes n'avait atteint que le chiffre de 2,590. En 1859 dans les trois premiers trimestres, le 4e manque, sur 2,023 cas endémiques 1667 sont paludéens ; le total des maladies internes pendant ces neuf mois n'est que de 2.381. Enfin en 1861 sur 1,653 cas endémiques, 1,267 sont paludéens ; la pathologie interne n'a compris que 2,140 cas. Je pourrais donner les résultats des autres années, les proportions sont toujours les mêmes.

ANNÉES	CLINIQUE INTERNE	MALADIES ENDÉMIQUES	MALADIES PALUDÉENNES
1858	2590	2051	1642
1859	2381	2023	1667
1861	2140	1653	1267
TOTAUX.	7111	5727	4576

En somme donc comme fréquence, si l'on veut apprécier l'importance du genre d'affections dont je m'occupe, il

suffit de totaliser ces 11 trimestres et l'on trouvera que sur 7,111 cas de clinique interne, dont 5,727 sont endémiques, 4,576 sont paludéens.

Cette fréquence déjà si marquée devient bien autrement saisissante si l'on rapproche l'ensemble de ces affections du chiffre de la population.

L'effectif de la colonie pénitentiaire du Maroni pendant l'année 1877, en confondant dans un même chiffre le personnel libre et celui de la transportation, a varié de 1,000 à 1,200. Or dans le 1er semestre seulement, cette population de 1,200 au maximum a subi 257 atteintes graves du paludisme et a fourni 3,980 journées d'hôpital. Et pour avoir toute la vérité il faut de plus ajouter qu'en outre de l'hôpital il existait dans la colonie pénitentiaire plusieurs ambulances pour la transportation et une pour la troupe, dans lesquelles les cas légers de cette affection étaient toujours gardés, et qu'enfin de nombreux malades se soignaient à domicile. De sorte que pour avoir les chiffres exacts des fièvres, il faudrait presque doubler les précédents.

Quant à leur fréquence relativement aux autres divisions de la clinique interne, elle se maintient ce que nous l'avons vue précédemment. Pendant le 1er semestre, il n'y a eu en tout que 577 cas et 10.395 journées d'hôpital pour la clinique interne, c'est-à-dire que les atteintes graves du paludisme représentent à elles seules un peu moins de la moitié des cas et un peu plus du tiers des journées.

CHAPITRE II

TOPOGRAPHIE

Sous le rapport du paludisme, comme sous celui de la pathologie en général, notre colonie de la Guyane peut être divisée en *quatre zones* assez distinctes.

Dans *la première,* qui est la zone essentiellement maritime, se trouvent toutes les îles, dont les principales sont *les Iles-du-Salut, l'Ilet-la-Mère,* et l'*Ilet-le-Père*. On pourrait l'appeler zone insulaire. De ces trois îles, les deux premières seules ont été sérieusement occupées et seules les Iles-du-Salut le sont encore aujourd'hui.

La salubrité relative des Iles-du-Salut, qui de beaucoup constituent le point le plus sain de la Guyane, a été reconnue dès la malheureuse expédition de Kourou, en 1763. C'est à elle que durent la vie les quelques victimes échappées à ce désastre, et c'est du reste cette circonstance qui leur a valu leur nom. Elles s'appelaient avant *Iles-du-Diable*.

Les essais de colonisation par la transportation n'ont fait depuis que la confirmer, surtout au point de vue des affections dont je m'occupe en ce moment, les affections paludéennes. Tous les médecins sont unanimes sur ce point. Aussi depuis 1852, les Iles-du-Salut sont-elles devenues un lieu de convalescence.

Il en est de même de l'*Ilet-la-Mère* qui pendant quelques années a servi pour la transportation, tandis que

les Iles-du-Salut étaient plus particulièrement réservées au persounel libre. Aujourd'hui la trausportatiou ayant beaucoup perdu de son importauce, l'Ilet-la-Mère est abandonnée et ne sert plus que de lazaret. C'est le meilleur point que l'on puisse choisir.

La seconde zone, réellement iutermédiaire, et comme situation et comme salubrité, entre cette dernière et la troisième, appartient à la terre ferme et borde la mer depuis Cayenne jusqu'aux Hattes établies sur la pointe française de l'embouchure du Maroni. Il convieut même d'y ajouter une partie de la colonie pénitentiaire établie sur ce fleuve.

Balayée presque constamment par l'air salubre de la mer, elle est constituée en graude partie comme sol, par un banc de sable, qui louge la côte maritime. C'est sur ce banc, que se sont établis les ceutres de populations, de Syuuamari, Organabo et Mana. Quant à Cayenne, que je comprends dans cette zône, quoique uu plus sain que les villages précédents, il ue saurait être comparé aux points compris dans la première zone, surtout si l'on étend le territoire de Cayenne à quelques kilomètres aux euvirons. Il ue faut pas oublier, en effet, que la plupart des points de l'Ile de Cayenne ont dû être abandonnés à cause de leur insalubrité ; tels sont Baduel, Montjoly, Cabassou et autres.

La troisième zône est de toutes la plus dangereuse au point de vue du paludisme. Elle est constituée par toutes les terres basses de la Guyaue, ne formaut qu'un vaste marais où s'élabore avec une prodigieuse activité le miasme paludéen. Cette zône composée surtout par des terraius inondés, auxquels ou doune daus le pays les uoms divers de *pripris* [1], *savanes noyées, savanes trem-*

1. Pripris est un mot de la langue Galibi signifiant marais.

blantes, forme une longue bande traversant toute la colonie de l'est à l'ouest. Alimentés par les pluies, souvent par des cours d'eau qui les traversent ou se déversent sur eux, communiquant parfois avec la mer et subissant alors l'influence du flux et du reflux, ces marais sont presque impraticables. Sur beaucoup de points on ne les traverse qu'en pirogue.

Cette partie la plus riche du pays au point de vue agricole restera malheureusement inaccessible aux Européens tant que des travaux de canalisation et de drainage ne l'auront pas assainie.

Enfin si l'on pénètre plus loin dans l'intérieur des terres et que l'on franchisse cette zone marécageuse, on arrive à une *quatrième* qui est fort peu connue. Constituée par des terrains montueux, elle est fréquentée surtout maintenant par les chercheurs d'or, et si les cas de fièvres intermittentes y paraissent moins nombreux, ce léger avantage se trouve compensé par la fréquence plus grande de la dysenterie, de l'hépatite et de la colique sèche.

CHAPITRE III

INFLUENCE DES PLUIES

La véritable cause du miasme paludéen, quelle que soit sa nature, c'est le marais. C'est là que se trouvent réunies toutes les couditions de son existence ; c'est là qu'il uaît et qu'il se développe avec sa redoutable puissance. Mais telles circonstances peuvent se présenter qui favorisent sa dissémiuation et sa malignité ou les diminuent. De ce nombre sont surtout les *pluies*, la *direction du vent*, l'*habitation*, *certaines habitudes individuelles*, les *mouvements de terrain*, l'*idiosyncrasie*, la *race* et enfin l'*acclimatement*. Je les étudierai successivement.

Influence des pluies.—Comme dans la plupart des pays de marais, à la Guyanne, la marche du paludisme suit celle des pluies. Or ces dernières étaut dans cette colonie soumises à un mouvement périodique et régulier il en résulte que le paludisme lui-même à uue marche à peu près régulière et qu'à des époques fixes il présente des phases d'exaspératiou et des phases d'apaisement.

Pour comprendre le régime des pluies de la Guyaue, il faut se rappeler qu'entre les alisés nord et les alisés sud, il existe une bande de calme caractérisée par des pluies constantes, bande de calme dont le milieu passe un peu au nord de l'équateur et qui suivant le mouvement du soleil s'élève de quelques degrés daus l'hémisphère nord pendant

l'été et descend de quelques degrés vers le sud pendant l'hiver.

La Guyane étant comprise dans cette bande de calme assez étroite sur ce point, il en résulte que le mouvement d'oscillation dû au passage alternatif du soleil dans les deux hémisphères aurait pour résultat, s'il était assez accentué, de la découvrir deux fois dans le courant de l'année, la plaçant pendant l'été dans la zone des alisés sud et pendant l'hiver dans celle des alisés nord.

Mais seule l'oscillation vers le nord étant assez prononcée, il en résulte qu'il n'existe réellement qu'une période de sécheresse et de vent d'E. et de S.-E., correspondant à peu près aux mois les plus chauds de l'hémisphère nord, juillet, août et septembre. A partir de ce moment, la bande des calmes descend vers le sud, atteint bientôt la Guyane et l'inonde de ses grains pendant tout le reste de l'année.

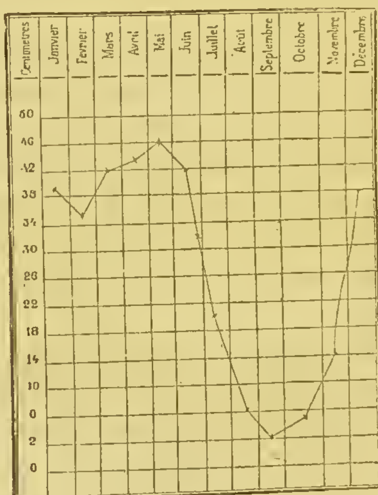
A peine vers les mois de mars et d'avril, la bande de calmes étant descendue vers le sud autant que possible, la côte maritime atteint-elle sa limite nord, et observe-t-on quelques jours de beau temps *(été de mars)*. Aussi pendant toute cette période la direction des vents se rapproche de celle des alisés nord qui viennent prendre la place abandonnée par la bande des calmes et qu'ils chassent devant eux.

Ces faits une fois connus, si nous partons de la fin de la saison des pluies correspondant au mois de juillet, on pourra constater que pendant cette période la fréquence des fièvres paludéennes s'exagère parce que, en effet, à cette époque l'apport des pluies ne compensant pas la perte due à l'évaporation, les marais commencent à se découvrir et à répandre dans l'atmosphère leurs principes frébrigènes. Ce dessèchement et ses effets inévitables se

prolongeant pendant tout le mois d'août et de septembre ce n'est qu'en octobre que l'évaporation est complète sur certains points, qui peuvent ainsi momentanément rester inoffensifs. Mais cet heureux effet de la sécheresse, se produisant vers le mois d'octobre, n'est jamais que de courte durée et n'arrive pas à compenser les mauvaises influences du quatrième trimestre auquel ce mois appartient. Dès le mois de novembre, en effet, les pluies reprennent et humectant les marais leur donnent une activité et un caractère dangereux qui se continue jusqu'à ce que les eaux les aient complètement recouverts c'est-à-dire vers le mois de janvier. Les affections paludéennes atteignent

Courbe pluviométrique moyenne de 18 *années*

1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1586, 1860, 1861
1862, 1865, 1872, 1873, 1874, 1875



alors une phase d'apaisement qui se prolonge sans grande interruption, jusqu'au mois de juillet que j'ai choisi comme point de départ. De sorte qu'en me basant

sur la marche des pluies suffisamment indiquée par le tableau que je reproduis ici, celle du paludisme, qui lui est entièrement liée, peut être divisée en deux saisons seulement, correspondant assez exactement aux deux semestres de l'année, le premier étant toujours le moins dangereux et le second l'étant toujours le plus.

Les statistiques suivantes vont du reste nous démontrer que ce ne sont pas là de simples hypothèses.

J'ai démontré naguère que la majorité des cas endémiques revient au genre paludéen ; or en groupant par trimestres les affections endémiques pendant 8 ans, de 1858 à 1865 inclusivement, on trouve les totaux suivants :

Affections endémiques par trimestres

ANNÉES	1re	2me	3me	4me
1858	923		1128	
1859	509	545	969	725
1860	530	351	477	486
1861	299	362	566	426
1862	331	418	550	457
1863	437	461	505	418
1864	300	283	473	431
1865	271	327	445	465
	2677	2347	3985	3408
	5947		9521	

Comme on le voit, les deux premiers trimestres sont toujours inférieurs au troisième et au quatrième, et pour

ces deux trimestres c'est le troisième qui l'emporte d'une manière sensible.

De plus en consultant le tableau ci-dessus on peut constater ce fait important, que ce n'est pas là seulement un résultat de moyennes faisant disparaître et englobant des résultats partiels contradictoires, mais qu'au contraire, pour chaque année le total du premier semestre est toujours inférieur à celui du second.

Mais, comme je l'ai dit, j'ai dû comprendre dans cette statistique toutes les affections endémiques. Dans une autre malheureusement moins étendue, j'ai pu isoler les affections paludéennes. Elle ne comprend que les années 1858 et 1861 que je réunis dans le tableau ci-joint.

Cas par trimestres

ANNÉES.	TRIMESTRES			
	1er	2me	3me	4me
1861	213	291	446	317
1858	646		936	
Total.......	1105		1699	

Comme on peut le voir le résultat est le même. Le total des deux premiers semestres est de 1150 tandis que celui des deux derniers s'élève à 1699.

Voilà pour la fréquence des cas ; or la même loi reste vraie s'il s'agit de la gravité.

Dans un troisième tableau j'ai réuni les décès par suite d'accès pernicieux groupés par trimestres peudant les 4 années 1862, 1863, 1864 et 1865. Or les différences sont les suivantes : les premiers semestres ne comptent que 61 décès et les secondes 101, et de plus ici, comme dans les deux statistiques précédentes, cette prédominance se vérifie pour chaque année prise isolément.

Décès par suite d'accès pernicieux.

ANNÉES	TRIMESTRES			
	1er	2e	3e	4e
1862	8	13	20	19
1863	11		5	10
1864	8	7	11	10
1865	3	4	16	10
Totaux par trimestres. . . .	30	31	52	49
Par semestres. .	61		101	

Enfin dans une quatrième statistique beaucoup plus étendue j'ai réuni les décès par suite d'affections maremmatiques quelle que soit la forme pendant 11 ans, de 1859 à 1869 inclusivement, et ici encore j'ai pu constater que, sauf quelques rares exceptions, ce qui s'explique par le petit nombre de morts compris dans chaque trimestre, pour chaque année c'est le 2e semestre qui a été le plus

meurtrier. Quant aux totaux généraux ils sont des plus

ANNÉES	TRIMESTRES			
	1er	2e	3e	4e
1859	1	4	9	13
1860	10	5	7	7
1861	3	10	10	11
1862	8	19	23	21
1853	14	9	13	15
1893	3	8	14	15
1865	8	9	19	14
1856	0	10	9	10
1867	7	4	3	9
1868	11	16	9	12
1869	9	9	14	12
TOTAUX par trimestre.	74	103	129	139
Par semestre.. .	177		268	

éloquents. Les premiers semestres ne comptent, en effet, que 177 décès et les seconds 268.

CHAPITRE IV

INFLUENCE DES MOUVEMENTS ATMOSPHÉRIQUES

Le miasme paludéen ne se diffuse pas de lui-même, c'est-à-dire que livré à lui-même, il ne se dissémine pas. Être inconscient, sans volonté, et sans mouvement propre, il vit et meurt là où il naît. C'est ainsi que tout à côté de points salubres on en trouve de très insalubres sans que jamais d'une manière endémique les points salubres soient envahis. Mais pour cela il faut que les miasmes soient laissés dans leur berceau d'origine, et qu'aucun mouvement de l'atmosphère ne viennne favoriser leur déplacement. C'est là une des influences les mieux marquées à la Guyane. Tant que l'air est calme ou que le vent souffle d'un point sain, on peut vivre à quelques kilomètres des marais sans en subir les influences. Cayenne en est un exemple. Mais que pendant quelques jours les vents changent et passent sur les marais et l'on verra ces mêmes points indemnes jusque-là présenter rapidement de nombreux cas d'intoxication. C'est ce qui explique l'influence bienfaisante de l'atmosphère maritime et par contre l'influence délétère, presque générale, de tous les vents qui soufflent du sud. — Les relations intimes que j'ai fait ressortir entre le régime des vents généraux et celui des pluies à la Guyane devaient faire prévoir cette influence des vents sur la fréquence des affections paludéennes. Mais j'avoue que, vu les mille causes qui troublent les

phénomènes atmosphériques et leur enlèvent leur régularité et leur précision, je ne m'attendais pas, quand j'ai entrepris cette étude, à trouver une concordance aussi parfaite, aussi frappante. C'est qu'aussi il est peu de pays qui mieux que la Guyane soit situé pour subir les effets des grands phénomènes atmosphériques et maritimes. D'une part, en effet, je l'ai fait voir, elle se trouve placée dans cette zone dans laquelle les lois des courants atmosphériques ne rencontrent que peu d'exceptions, et d'autre part sa côte est balayée par un bras du gulf-stream qui d'une manière constante, imprime aux eaux qui la baignent une direction uniforme de l'est à l'ouest.

J'ai pu retrouver les observations sur la direction des vents à Cayenne, relevées par jours et par mois pendant 18 ans. Je les réunis dans les trois tableaux suivants :

Direction des vents pendant les sept années 1846-1852
(LEPRIEUR) *Annuaire de la faculté météorologique de France.* T. 1. 18533.

MOIS	N	NNE	NE	ENE		ESE	SSE	SE	S	SO	NO	NNO	CALME ou VARIABLE
Janvier ...	4	7	147	25	18	2	»	1	»	»	»	»	13
Février ...	2	16	144	17	5	»	»	1	»	»	»	»	13
Mars......	9	11	150	26	8	»	»	1	»	»	»	»	12
Avril	2	14	109	39	15	2	»	1	1	»	1	»	26
Mai.......	3	6	59	30	68	10	»	5	1	1	»	»	24
Juin	1	2	44	22	105	9	»	7	2	1	»	»	17
Juillet	»	1	18	15	140	11	»	11	1	»	»	»	20
Août......	»	»	8	14	163	19	»	7	»	»	»	»	6
Septembre	»	2	16	15	164	10	»	1	»	»	»	»	2
Octobre...	1	3	35	32	131		»	3	»	»	»	»	3
Novembre.	3	3	56	34	110	7	»	2	»	»	»	»	4
Décembre.	»	3	119	35	42	1	»	1	»	»	»	1	15
Totaux....	25	68	905	304	960	80	»	41	5	2	1	1	165
Moyennes.	3.6	9.7	129.3	4.4	137.1	1.41	»	5.8	0.7	0.3	0.1	0.1	23.5

Le premier comprends 7 ans, de 1846 à 1852 inclusivement. Il résume les observations faites par M. Leprieur, pharmacien de 1re classe de la marine, dont les travaux sur la Guyane sont trop peu connus.

Le second s'étendant de 1852 à 1856 est le résumé des observations prises dans les archives du conseil de santé de Cayenne ; il ne donne que les vents dominants pour chaque mois.

Janvier.....	N. E.
Février... .	N. E.
Mars.......	N. E.
Avril....... Mai........ Juin........	variable, le plus souvent E. N. E.
Juillet...... Août....... Septembre.. Octobre	E et E. S. E. calme la nuit et le matin ou légère brise du S. au S. O. de 3 à 9 ou 10 h. du matin.
Novembre .. Décembre ..	variable le plus souvent N. E. et E. N. E.

Enfin le 3me résume les observations recueillies dans ces mêmes archives et comprend 4 ans, 1872, 1873, 1874 et 1875.

MOIS	CALME	VARIABLE	N.	N.-N.-E.	N.-E.	E.-N.-E.	E.	E.-S.-E.	S.-E.	S.	S.-S. O.	S.-O.	O.	N.-O.	N.-N.-O.	
Janvier....	2	5	9	10	48	22	21	1	1	0	1	0	0	3	1	
Février	0	2	8	20	70	9	2	0	1	0	0	0	0	0	1	
Mars	0	1	4	38	58	20	2	1	0	0	0	0	0	0	0	
Avril	0	4	10	28	56	23	6	0	0	1	0	0	0	1	0	
Mai	2	4	2	9	36	38	25	2	4	0	0	0	0	0	0	
Juin........	4	6	1	9	19	31	35	5	7	2	0	0	0	1	0	
Juillet......	0	4	5	4	13	19	69	8	2	2	0	0	1 (2)	0	0	(2) 2 juil. 1872
Août	1	7	2	1	9	17	75	12	0	1	0	1 (1)	0	0	0	(1) 5 août 1872
Septembre..	0	1	2	3	13	24	62	7	0	0	0	0	0	0	0	
Octobre . ..	0	1	3	8	24	18	61	6	2	0	0	0	0	1	0	
Novembre ..	0	3	2	6	29	21	53	2	1	2	0	0	0	0	0	
Décembre ..	0	4	2	5	37	32	41	3	1	0	0	0	0	0	1	

Or, comme on peut le voir ces observations recueil-

lies à de longs intervalles et par des personnes différentes sont remarquables par l'identité de leurs résultats.

Pendant le mois de janvier, c'est-à-dire pendant que le soleil est dans l'hémisphère sud, le vent dominant est le N.-E. avec une certaine tendance à tomber vers l'E. En février cette prédominance du N.-E. s'accentue. Mais en mars et avril, tout en se maintenant, elle diminue et les vents oscillent autour de cette aire en passant souvent soit au N.-N.-E. soit à l'E.-N.-E. En mai et juin ces trois aires de vents se partagent presque également les jours quoique en juin la prédominance passe à l'est. C'est là qu'elle reste pendant les mois de juillet, août et septembre. De plus à cette époque pendant laquelle le soleil a entraîné vers le nord la bande de calme, les vents de l'E.-S.-E., du S.-E. et du S. se montrent assez souvent, tandis que dans les mois précédents ils constituent de véritables exceptions. En octobre et novembre, c'est toujours le vent d'E. qui domine ; mais d'une part les vents soufflant du S. deviennent plus rares et de plus ceux du N.-E. et de l'E.-N.-E. augmentent de fréquence. Enfin en décembre le N.-E., l'E.-N.-E. et l'E. se partagent les jours d'une manière presque égale, toutefois avec une certaine prédominance du N.-E. qui l'emporte d'une manière définitive en janvier.

Si maintenant nous comparons cette direction des vents avec la situation géographique et la configuration de la Guyane, nous verrons que pendant les quatre premiers mois de l'année, il y a une prédominance des plus marquée pour les vents venant directement du large, le N.-E, et que ce n'est que dans les derniers mois du 1er semestre que s'établissent les vents d'E. ; à ces vents salubres correspond la partie la plus saine de l'année. Pendant le 2e semestre au contraire, non seulement c'est le vent d'E. qui domine mais aussi nous constatons des vents plus sud,

c'est-à-dire des vents qui, effleurant les marais, sont infestés de leurs principes fébrigènes.

Aussi à ce moment de l'année ces deux causes les plus actives du développement et de la diffusion du miasme des marais, se combinant, le dessèchement par suite de l'absence des pluies d'une part, et son transport au loin sous l'influence des vents de l'autre, on s'explique que les affections qui en dépendent augmentent de nombre et de gravité et que le second semestre pendant lequel elles agissent avec le plus d'intensité soit le plus meurtrier.

CHAPITRE V

INFLUENCE DES ALTITUDES

Dans ce transport du principe fébrigène par les mouvements atmosphériques, les éléments toxiques auxquels il doit sa puissance, quelle que soit leur nature, ne s'élèvent jamais bien haut. Leur danger diminue à mesure que l'altitude augmente. Il semble que le miasme paludéen soit sous ce rapport soumis aux lois que Pasteur a fait connaître pour les germes de l'atmosphère qui, on le sait, rares sur les montagnes, sont au contraire beaucoup plus fréquents dans les lieux bas.

C'est ainsi que doit s'expliquer l'immunité relative des altitudes élevées contre la fièvre intermittente et même, quoique à un faible degré, celle des étages supérieurs d'une même maison.

Dans tous les pays, même les plus iufestés par le paludisme, c'est là uu fait bien conuu. Malheureusement la Guyane n'offre aucune altitude capable de mettre suffisamment à l'abri les populatious qui les habitent. Ou sait, en effet, que dans la zone paludéenne, ses montagnes dont l'altitude est la plus considérable, ne dépassent guère cent mètres. Or même en admettant que cette hauteur fût suffisante pour garantir en partie ceux qui y resteraient d'uue manière permaueute, ces terrains élevés ne sont pas assez étendus pour que, dans les habitudes ordinaires de la vie, on puisse y demeurer sans les quit-

ter. Plusieurs expériences en ont été faites et des plus convaincantes.

C'est ainsi que la *Montagne d'Argent*, située à l'embouchure de l'Oyapock, malgré une altitude de 96 mètres, a dû être abandonnée.

Cette montagne livrée depuis longtemps à l'exploitation et jouissant à l'époque de l'esclavage d'une grande réputation de salubrité, est une production volcanique ayant pour base une diorite, recouverte d'une terre meuble perméable, disposée suivant une pente abrupte et ne conservant les eaux pluviales sur aucun point de son étendue. Ses dimensions encore assez larges, mesurent 1450^{m} de long et 1170 de large. Vu sa constitution géologique et sa configuration, elle ne saurait donc par elle-même donner naissance à aucun principe maremmatique. Mais ces avantages sont complètement annihilés par la présence des vastes marais de l'Ouanary, sous le vent desquels elle se trouve placée le plus souvent. Aussi sur les 109 transportés européens qui l'occupèrent à la fin d'octobre 1852, la plupart furent atteints par des fièvres légères dès les mois de novembre et décembre.

En 1853, 206 hommes furent joints aux premiers ; l'effectif fut donc porté à 315. Or sur ce personnel, dès le premier trimestre plusieurs décès eurent lieu dans le premier convoi. Pendant le second, les 315 hommes subirent des atteintes plus ou moins graves de la fièvre et à la fin de décembre de la même année, on constatait déjà 105 décès !

En 1854 on combla les vides. 188 Européens vinrent se réunir à ceux qui restaient et portèrent l'effectif à 398 ; or à la fin de l'année on avait enregistré 83 décès !

En deux ans c'était donc un total de 188 décès sur 503 habitants !

J'ai dit que les altitudes élevées mettent à l'abri du miasme paludéen. Mais par altitude, au point de vue qui m'occupe, il est important de faire remarquer qu'il faut entendre non point l'élévation d'un lieu au-dessus du niveau de la mer, mais bien l'élévation au-dessus des marais. Or, ces derniers peuvent exister à des hauteurs assez considérables, et les points même assez élevés qui ne les dominent que de peu, peuvent devenir paludéens. La Guyane n'échappe pas à cette loi. Un fait tiré de l'histoire de la transportation le prouve d'une manière saisissante.

Pendant l'occupation de la Comté par la transportation, la fréquence et la gravité des atteintes de paludisme, sur tous les points habités jusque-là, donnèrent la pensée de remonter plus haut et de chercher dans les terrains élevés environnants un refuge contre cet ennemi redoutable qui partout étouffait les efforts de la colonisation.

Une commission fut chargée [1] de chercher un point qui pût servir de *sanitarium*. Cette commission se mit à l'œuvre, et le 22 décembre 1853, elle explora le massif de montagnes qui existent entre les rivières Comté et Orapu. Elle parcourut un terrain haché et profondément raviné en sens divers, mais dont les pentes affectent généralement la direction du S.-E. au N.-O. et signala comme habitable un plateau de 20 hectares, assez élevé au-dessus du niveau de la mer. Ce plateau était taillé à pic sur trois de ses côtés et offrait sur le quatrième une rampe escarpée, mais rendue facilement accessible par une route tracée sur un plan qui n'est pas trop incliné.

Il était couvert d'arbres de haute futaie. Ceux-ci furent abattus ; 8 cases furent construites en avril et en mai 1856, et occupées le 6 juin, par un convoi de 50 transportés ve-

1. Archives du Conseil de santé de Cayenne.

nant de l'Ilet-la-Mère. Ces hommes débarquèrent à Sainte-Marie, mais n'y séjournèrent point. A cette époque, Sainte-Marie et la Montagne d'Argent étaient les deux seuls pénitenciers où la fièvre jaune ne régnât pas. Comme il était possible que quelques-uns de ces transportés eussent contracté le germe de cette maladie à l'Ilet-la-Mère, ils furent immédiatement dirigés sur le lieu de leur destination. Celui-ci était alors occupé par un entrepreneur de travaux qui avait à son service des nègres et une trentaine de transportés européens. Quelques-uns de ces derniers étaient en proie aux fièvres intermittentes. Du 10 au 12 juin, parmi les 50 condamnés venus de l'Ilet-la-Mère, 4 furent atteints de fièvre jaune et moururent. Mais ces cas furent les seuls observés. La maladie n'atteignit aucun des 30 transportés européens, qui habitaient antérieurement le plateau.

En juillet, août et septembre, le nombre des transportés varia de 60 à 76, et donna en moyenne 15 malades par jour, atteints de fièvres paludéennes et d'anémie. Le 6 octobre 1856, le service médical fut régulièrement constitué. Un chirurgien de 3e classe détaché de Sainte-Marie, emmena avec lui 10 malades choisis dans l'hôpital de ce pénitencier parmi ceux qui étaient atteints de fièvre intermittente, ou de chloro-anémie. Or, dès son arrivée, il eut à constater que les travailleurs employés sur ce plateau n'étaient pas plus que les autres à l'abri des affections miasmatiques dont ses malades venaient chercher la guérison.

Les convalescents de cachexie paludéenne y furent cependant maintenus et soumis à un régime analeptique par le fer, le vin, la viande fraîche et le chocolat. Mais deux mois de traitement non seulement n'amenèrent aucune amélioration sous ce rapport, mais de plus de brus-

ques variations de température, une extrême humidité réagirent sur le tube intestinal et firent naître des diarrhées et des dysenteries rebelles. Aussi, dès la fin de novembre, quelques-uns des fébricitants offraient déjà des traces de scorbut, et chez d'autres la chloro-anémie était arrivée au dernier degré.

Enfin comme dernière épreuve, en décembre, 38 hommes d'une constitution robuste, choisis parmi les transportés venant de France furent envoyés au plateau. Or, peu de jours après leur arrivée, 6 furent atteints de fièvres intermittentes et cependant ces hommes étaient débarqués de l'*Africaine* le 2 décembre, et n'avaient passé que quelques jours aux Iles-du-Salut. Il fallait donc bien admettre qu'ils avaient pris le germe de cette maladie dans leur nouvelle résidence.

Quelques mois suffirent du reste pour que tout doute eût disparu. Il fut reconnu que le plateau Saint-Louis, malgré son élévation, non seulement ne mettait pas à l'abri de la fièvre intermittente, mais que de plus, l'anémie y marchait avec rapidité, que le scorbut pouvait même y apparaître, et que sous cette double influence, du paludisme et de l'anémie, la cachexie paludéenne ne se faisait pas attendre. Enfin que de plus les variations brusques et fréquentes de température donnaient naissance à des diarrhées et des dysenteries rebelles. Aussi, dès le mois d'avril 1857, c'est-à-dire après 18 mois d'existence, la transportation comptait une déception de plus et le pénitencier fut abandonné.

Influence de la rosée. — C'est également, je l'ai dit, par la rareté plus grande des miasmes, au fur et à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, que s'explique l'immunité légère dont jouissent les étages supérieurs. Il sem-

blerait, et c'est là une opinion très admissible, que pendant le temps calme, le miasme paludéen ne soit soumis qu'à des mouvements sur place, ascensionnels et descensionnels et qu'il suive la marche de la rosée. On peut voir, en effet, ce qui confirme ce fait sans mieux l'expliquer, les habitants du rez-de-chaussée être atteints sans que ceux du premier ou du deuxième étage le soient.

Ces mouvements du miasme suivant ceux de la rosée rendent compte également des dangers des sorties du matin et du soir, et de ceux bien connus des brouillards. Enfin, ainsi s'explique la fréquence moindre de la fièvre intermittente chez la femme et les enfants qui ne sortent généralement qu'aux heures où la rosée a disparu et son extrême fréquence, au contraire, chez les hommes que leur profession oblige à l'affronter.

CHAPITRE VI

INFLUENCE DES MOUVEMENTS DE TERRAINS NEUFS

Tous les terrains fraîchement remués, on le sait, peuvent momentanément acquérir des propriétés fébrigènes. Les preuves à l'appui se présentent à l'observation tous les jours même dans les pays les plus sains. Mais nulle part, plus qu'à la Guyane, cette circonstance ne prend de l'importance. C'est qu'en effet, d'abord ce pays est malsain d'avance et que de plus la main de l'homme ne remue pas seulement des terres immobilisées depuis longtemps, mais le plus souvent des terres absolument vierges de tout travail et de tout mouvement. Aussi, je le répète, le poison paludéen acquiert-il sous cette influence une puissance incroyable. Il suffit pour s'en convaincre de rechercher ce qui s'est passé au début des diverses exploitations agricoles dont la Guyane, à des époques différentes, a été le théâtre.

Le 27 septembre 1652, la compagnie des 12 seigneurs, composée d'un effectif de 742 personnes, y compris 60 arrivés en 1651, mouilla sur rade de Cayenne et choisit la côte de Remire pour y fonder ses habitations. Ce lieu est un des moins insalubres de l'île. L'atmosphère y est pure quand le vent vient du N.-E., et ne s'altère que lorsqu'il s'incline vers l'E. ou l'E.-S.-E., c'est-à-dire, lorsqu'il vient des marais de Kaw.

Ce personnel fut réparti dans plusieurs habitations et commença les défrichements avec vigueur. Mais la fièvre ne se fit pas longtemps attendre. Elle naissait sous la main du travailleur, et chaque nouvel effort coûtait quelque existence. Bientôt les maladies s'étendant de plus en plus, les bras devinrent insuffisants et les vivres manquèrent. Dès lors ce ne fut plus qu'un désastre.

On peut s'en faire une idée, par le récit du Père Biet, historien de l'expédition, auquel j'emprunte le passage suivant :

« Toutes ces incommodités firent qu'en peu de temps » notre monde devint si exténué que la mort paraissoit » sur leur visage. Quand il fallait aller au travail de la » terre à peine pouvaient-ils lever les bras tant ils estoient » affaiblis. Cela était digne de compassion. C'est pour » cette raison qu'étant retournez au travail et n'en pouvant » presque plus, ils estoient contraincts d'aller se reposer. »

« Le nombre des malades augmentait si fort, que je fus » attaqué d'une grosse fièvre; avec des redoublements. » Comme j'avais un grand courage, sistôt que je me sentais » un peu, je me levais incontinent. Je retombais pour n'a- » voir pas de quoi me nourrir et reprendre des forces. Mes » jambes devinrent si fort enflées, à quoi se joignit une » aposthume qui fut cause que je fus contrainct d'aller » avec des potences. »

C'est le tableau fidèle de ce que j'ai trouvé deux cents ans après dans quelques villages abandonnés du Maroni.

Cette expédition ne dura que quinze mois et au départ sur 742 colons, 400 avaient succombé !

En juillet 1823, sous le gouvernement de M. Milius, une nouvelle tentative fut faite sur les rives de la Mana, près du 1er saut, à 60 kilomètres de la mer. La colonie reçut le nom de *Nouvelle-Angoulême*.

On le voit, cette fois, on s'était éloigné de la côte. On avait dépassé les terres basses et l'on avait choisi un point baigné par un cours d'eau rapide. Les résultats ne furent pas plus heureux.

Dans cette zone, en effet, les orages sont fréquents et les pluies plus abondantes encore que sur le littoral. Une brume épaisse la couvre chaque jour et ne se dissipe que vers 10 heures du matin. Le sol, quoique assez élevé au dessus du niveau de la mer, est humide et couvert de marécages. De plus trop éloigné pour recevoir la brise maritime, elle n'est traversée que par des vents qui, quelle que soit leur direction, ont dû avant de lui arriver balayer les terres basses et se charger de leurs émanations.

La colonie se composait de 164 Européens, dont 31 ouvriers, 6 d'entre eux ayant leurs femmes, et 127 enfants orphelins. Or dès septembre de la même année, c'est-à-dire 2 mois après leur arrivée, 50 avaient déjà été atteints de fièvres pernicieuses et 12 avaient succombé ; et ce ne furent pas les seules victimes. Dans les mois suivants, leur nombre alla croissant. Enfin sur 31 cultivateurs recrutés à Brest pour combler les vides, 17 moururent en 10 mois.

Dès lors, tout espoir disparut et les quelques survivants, la constitution ruinée et en proie à la misère la plus affligeante, abandonnèrent les résultats de leurs pénibles efforts.

Dutrouleau cite le fait suivant tiré d'un rapport de 1851 du Dr Laure.

« On a reçu de Baduel un certain nombre de soldats qui devaient former un jardin pour la troupe. Ces hommes d'élite, volontaires, étaient surveillés et ne travaillaient pas au soleil. Ils recevaient une nourriture convenable et couchaient à la caserne.

» Il a fallu les réduire de 30 à 20, puis à 4, et sur cet

effectif nous avons eu en peu de jours 16 malades dont 8 gravement atteints et 4 morts. »

Au mois de mai 1855, après avoir établi plusieurs pénitenciers sur les rives de la Comté, l'administration fonda sur l'ancienne habitation Power, à 4 kilomètres au-dessus de Sainte-Marie, sur la rive droite du fleuve, une colonie agricole destinée à recevoir les libérés. La nouvelle colonie fut placée sous le patronage de *Saint-Augustin*. Les logements furent construits au sommet d'une colline élevée de 37 mètres au-dessus de la rivière et la première année fut employée à les bâtir. Ce furent des hommes en cours de peine du pénitencier de Sainte-Marie qui exécutèrent ces travaux; ils en partaient le matin et y revenaient le soir. Un petit nombre seulement habita Saint-Augustin en 1855.

Le sol de cet établissement, quoique assez élevé au-dessus de la mer et constitué surtout par des terres hautes, présente cependant quelques terres basses, foyers naturels d'émanations fébrigènes.

C'est là que furent placés les libérés. Chacun d'eux reçut une concession de terrain à la condition de la défricher, de la cultiver et de se construire une habitation. Quelques-uns il est vrai parvinrent à s'élever une case et à planter un jardin. Mais ce travail était à peine achevé, que la fièvre se déclara et ses coups redoublés eurent bientôt conduit la plupart de ces malheureux à la cachexie paludéenne. A la fin du mois d'octobre 1855, le rapport de M. Daniel, était de nature à enlever toute illusion sur l'issue de cet essai. Comme on va le voir, c'est, avec des expressions différentes, la reproduction de ce que nous avons vu jusqu'ici.

« Les libérés sont dans un véritable état de prostration.
» L'intoxication paludéenne n'a épargné personne. Pour

» les soustraire à une mort prochaine, il est indispensa-
» ble qu'une grande partie du personnel soit évacué sur
» un établissement insulaire. Déjà une quinzaine d'hom-
» mes atteints d'une hydropisie générale sont dans
» un état désespéré. Ceux qui ne sont pas encore arrivés
» à cette période y seront fatalement conduits en peu de
» temps. Le personnel doit être incessamment renouvelé.
» Ce n'est qu'à cette condition que les Européens peuvent
» résider à Saint-Augustin. Un séjour définitif y est in-
» compatible, je ne dirai pas avec l'intégrité de la santé,
» mais avec la conservation de la vie. »

La voix du Dr Daniel fut entendue. Les libérés fébricitants furent évacués sur les Iles du Salut. Mais l'intoxication paludéenne continuant son œuvre, les concessions furent successivement abandonnées et les quelques colons qui résistèrent le plus longtemps évacuèrent définitivement la colonie agricole au commencement de 1856 !

L'essai n'avait pas pu être maintenu pendant un an [1].

Ainsi quel qu'ait été le point que l'on ait choisi, près du

1. La colonie agricole de Saint-Augustin représentait véritablement l'avenir de la transportation. Dans l'esprit de l'administration, en effet, les libérés devaient constituer une première agrégation autour de laquelle, successivement d'autres seraient venus se grouper et auraient exploité le sol plein de promesses de la Guyane. Ils commençaient l'œuvre de colonisation qui avait inspiré la loi du 7 mars 1852. Leur réussite eût été un fait immense. Elle eût prouvé que la culture des terres par les Européens était possible et que si les essais tentés jusque-là avaient échoué, c'est que les efforts de ces diverses colonies naissantes avaient été mal dirigés. Malheureusement il n'en fut rien, la même race trouva les mêmes obstacles et eut le même sort. C'est la leçon qui ressort évidente de toutes ces tentatives et les dernières faites sur les rives du Maroni sont bien de nature à prouver à l'autorité qu'elle n'aurait jamais dû l'oublier.

rivage maritime à Remire, ou dans les terrains montueux, à l'est de Cayenne, sur les rives de la Comté, ou dans l'ouest, sur celles de la Mana, et cela à des époques distantes les unes des autres de deux siècles, les résultats ont toujours été les mêmes. Il reste donc établi que si l'Européen peut encore dans une certaine mesure vivre sous ce climat meurtrier de la vie d'artisan, le paludisme, sous peine de mort et à courte échéance, lui interdit les travaux agricoles, ou tout au moins ceux de défrichement.

CHAPITRE VII

IDIOSYNCRASIE

Après avoir signalé les causes qui favorisent le développement et l'extension du miasme paludéen, il me reste à dire quelques mots sur les causes de résistance à son empoisonnement. Trois seulement méritent l'attention : *une disposition individuelle, la race et l'acclimatement.*

Y a-t-il des personnes réfractaires à la fièvre intermittente ? On ne saurait le nier, à la condition qu'il ne s'agisse que d'une immunité relative. Mais cette restriction faite, j'avoue qu'on trouve des exemples qui permettent de considérer cette immunité comme assez puissante. J'ai vu des Européens faire de véritables imprudences depuis des années et ne les payer que tardivement. Mais je crois qu'une observation attentive restreindrait beaucoup le nombre de ceux qui se disent jouir de cette prérogative. Dans ce pays où la santé est si rare, elle constitue un objet de luxe que tout le monde convoite et dont on devient facilement fier. Aussi j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois. On oublie facilement des accès éloignés ou bien les explique-t-on de bonne foi, de mille autres manières. Mais ces faits bien souvent ne résistent pas à un examen sérieux. Il est rare qu'il ne fasse tomber toute illusion et qu'à la place de cette prétendue immunité, il ne fasse constater que des erreurs d'interprétation.

CHAPITRE VIII

INFLUENCE DE LA RACE

Une autre influence, et des mieux constatées est celle de la race. Pour juger cette question il ne faut pas seulement prendre quelques individus isolés, mais bien des groupes d'hommes assez nombreux pour offrir forcément, vu leur nombre, une constitution et une résistance moyennes, et les soumettre aux travaux habituels de la vie commune. C'est du reste dans ces conditions qu'ont été faits les divers essais de colonisation et ceux de la transportation en particulier.

Cette question de résistance des races est non seulement une des plus intéressantes que soulève le paludisme à la Guyane, mais aussi une des plus importantes que l'on puisse agiter au point de vue de nos colonies en général. Elle touche au cœur même de la question coloniale. Or, plus à la Guyane que partout ailleurs, on trouve les éléments qui me paraissent propres à la juger. C'est qu'en effet, dans cette colonie, les quatre principales races sont venues se soumettre à l'expérience. Peaux-Rouges, Blancs, Noirs et Mongols se sont à leur tour essayés contre le terrible ennemi qui défend ses rives inhospitalières contre tout envahisseur. Or, nous allons le voir, les résultats n'ont pas été heureux. On dirait que ces fleuves majestueux, ces forêts grandioses, cette végétation luxuriante dont se pare la terre n'ont pas été faits pour l'homme, car quiconque séduit par cette belle nature a voulu lui faire violence, a de sa vie payé sa témérité.

PEAUX-ROUGES.— Des nombreux indiens qui peuplaient la Guyane autrefois, presque tous ont disparu. Depuis deux siècles, il ne reste plus le 10e de cette population. Cependant, je dois le dire, je n'ai jamais vu un *indien galibi*, la seule tribu que j'ai fréquentée, avec la fièvre, et je suis assez porté à croire que, moins que toute autre, cette race y est sujette. Mais les documents exacts et bien positifs me manquent sur ce point.

RACE CAUCASIQUE. — Quant à la race caucasique, la première, après les indiens, qui ait été aux prises avec ce climat, je viens d'établir le large tribut de victimes qu'elle paye au paludisme. Dans les citations précédentes, en effet, on a vu ce que devenaient *les populations Françaises* se livrant à la culture de la terre. Quoique moins dangereuses, les autres occupations ne manquent pas cependant de lui rendre le séjour prolongé dans cette colonie impossible. Il me suffira pour l'établir des quelques faits suivants.

En 1827 M. Toustain fonda un établissement dans le *Gabaret*, affluent de l'Oyapock. Il se proposait d'exploiter des bois de construction. Il s'établit à une lieue au-dessus de la jonction des deux rivières avec 20 personnes parmi lesquelles étaient sa femme, ses deux garçons et sa fille. Les colons se bâtirent d'abord des cases sur une éminence haute d'environ 40 mètres au-dessus de la rivière et entourée de terres basses. *Aucun d'eux ne travailla à la culture du sol.* Leur régime se composait de cassave, de viande salée et de tafia.

Malgré la précaution de ne pas toucher à la terre, la fièvre ne se fit pas attendre. Mlle Toustain succomba la première à un accès pernicieux. Tous furent frappés successivement, et au bout de 6 mois, 10 avaient succombé.

Les survivants se réfugièrent à Cayenne où venaient

d'arriver d'autres Européens engagés pour faire partie de la colonie. Mais effrayés par le sort de ceux qui les avaient précédés, ils refusèrent de se rendre sur l'établissement et ainsi finit ce malheureux essai.

Dans des conditions encore meilleures que celles qui précèdent, puisqu'elle ne se livrait à aucun travail, une garnison sur la rive de l'Oyapock était si épouvée qu'on a dû la supprimer. Ce poste connu sous le nom de poste *Malouët* était établi sur la rive droite de ce fleuve, à 32 kilomètres de l'embouchure et était occupé par 25 hommes. Le temps de séjour de ces militaires fut d'abord fixé à trois mois. Mais au bout de ce temps il n'en restait pas un seul capable de porter son fusil. On fut donc obligé de réduire le séjour à un mois, et malgré cette précaution, beaucoup revenaient atteints de fièvre intermittente revêtant souvent la forme pernicieuse. Aussi depuis longtemps a-t-on été obligé de l'abandonner.

Parmi les peuples d'Europe, les Français ne sont pas les seuls qui aient essayé d'exploiter le sol de la Guyane et de lutter contre son véritable défenseur, le paludisme. Dans l'histoire de notre colonie, nous trouvons une tentative faite par des *Irlandais*. Comme on va le voir elle ne réussit pas mieux que les autres.

En 1821 M. de Laussat, gouverneur de la Guyane, fit un essai de culture avec 7 familles irlandaises et composées de 20 personnes.

Le lieu qui lui parut le plus convenable est une grande savane appelée Soumoucou-Petit située sur la rive droite du *Passoura*, à une lieue du confluent de cette rivière avec le Kourou. On y construisit 6 cases et l'établissement prit le nom de *Laussadelphie*. Les colons élevèrent des digues pour protéger les terrains en culture et firent des plantations de manioc. Mais les difficultés du travail fi-

rent naître le découragement. La plupart furent atteints de fièvre intermittente qui les rendit rapidement incapables de tout travail. A la fin de l'année, 6 sur 20 avaient succombé, et les autres anémiés ou déjà cachectiques abandonnèrent leur concession et retournèrent à Cayenne.

Outre les populations européennes parmi celles que nous rencontrons encore à la Guyane et qui appartiennent à la race caucasique, il faut citer les Arabes et les Indiens (Indoustan.)

Les Arabes n'y arrivent que comme condamnés. Mais on le sait, vu le manque de bras, on a dû devenir de moins en moins sévère pour accorder des concessions, et cette faveur qui autrefois était réservée aux libérés seuls, est accordée aujourd'hui à tous ceux qui la demandent, et qui ont pour garantie quelques mois de bonne conduite. Les condamnés qui vivent en ce moment à la Guyane sont donc dans les conditions ordinaires de résistance et peuvent sous ce rapport être assimilés à un personnel libre quelconque appartenant à la même race. Une seule différence est à faire, c'est le manque de famille. Ce n'est, en effet, qu'en 1875 que l'administration a envoyé sur le pénitencier des femmes arabes. Mais à cette différence près, je le répète, les conditions sont les mêmes. Or j'ai vu, pendant plus d'un an, les Arabes concessionnaires du Maroni, et je puis affirmer qu'autant que tous les autres peuples ils payent leur tribut au miasme paludéen. Les accès pernicieux sont peut-être moins fréquents; mais la cachexie est leur sort inévitable. La différence ethnique peut donc se résumer ainsi : moins de formes aiguës, prédominance des chroniques.

Mais, on le sait, d'une manière générale, l'Arabe est peu cultivateur. Aussi ne trouve-t-on guère dans les concessions que ceux qui sont en cours de peine. Dès qu'ils ont

le choix de leurs occupations ils se vouent au commerce ou à la domesticité, se plaçant ainsi dans des conditions meilleures pour résister au climat. Malgré cette précaution leur mortalité, tout en étant inférieure à celle des Européens, reste encore considérable. Je n'ai pu, en effet, me procurer aucune statistique spéciale au paludisme,

Tableau des mortalités pendant 15 *ans, pour les Européens, les Arabes et les noirs.*

ANNÉES	NOMBRE DE DÉCÈS			PROPORTION P. 0/0		
	Européens	Arabes	Noirs	Européens	Arabes	Noirs
1852	63	12	4	5.12	4.68	4.08
1853	418	83	21	22.49	24.48	14.89
1854	198	40	9	9.08	10.44	5.20
1855	615	123	31	25.71	25.73	14.69
1856	730	145	37	27.28	19.83	12.37
1857	280	54	14	9.71	5.43	3.94
1858	308	62	16	9.83	5.35	4.04
1859	430	85	22	12.88	6.14	5.28
1860	381	76	19	11.38	5.02	4.19
1861	427	86	22	11.19	5.01	4.30
1862	389	78	19	10.75	4.46	3.37
1863	315	63	16	8.84	3.18	2.66
1864	240	48	12	5.77	2.07	1.75
1865	342	49	17	7.83	2.83	2.23
1866	501	88	27	12.00	3.47	3.39
	12819	1112	1172	12	8.54	5.75

mais j'en ai trouvé concernant leur mortalité générale [1]. Or, le plus grand nombre de décès étant dus aux affections paludéennes, je pense qu'on peut sans crainte d'erreur notable, leur appliquer les conclusions que l'on a tiré de la totalité des décès. Je reproduis ici ce tableau plein d'intérêt.

1 Archives du Conseil de santé de Cayenne.

Ainsi tandis que pour l'Européen, la mortalité a varié de 5.12 pour cent à 27.28, et que la mortalité moyenne pendant ces 15 années est de 12, celle des Arabes a varié de 2.07 à 25.73 et la mortalité moyenne n'est que de 8.54. Quoique inférieure d'un tiers à celle des Européens, elle est encore, on le voit, considérable.

La population hindoue est fournie à la Guyane par l'immigration. C'est sur elle que l'on compte pour donner à nos colonies les bras qui leur manquent; c'est à elle donc que sous peu seront dévolus tous les travaux d'agriculture ou d'industrie. Il est donc capital de se demander ce que deviennent ses représentants en présence de la fièvre des marais. Or les 6 mois que j'ai passés dans les salles qui leur sont consacrées à l'hôpital de Cayenne m'ont laissé la conviction que, comme chez les Européens, l'infection palustre est fréquente chez eux, et que, de même que pour les autres races, la mortalité due à cette influence est considérable. Une seule différence s'est dégagée de ma pratique, différence qui leur est commune avec les Arabes, c'est que les formes aiguës, graves, accès pernicieux et fièvres bilieuses sont plus rares. Il m'a semblé que tandis que l'Européen, qui s'expose fréquemment aux émanations des marais, succombait le plus souvent à une des deux formes précédentes, l'Hindou échappait, au moins pour un temps, à cette mort prompte, et que plus souvent que l'Européen il arrivait à la cachexie.

Race noire. — Jusqu'àprésent les différents peuples que j'ai étudiés, à quelques différences près, m'ont paru égaux devant le paludisme. Mais cette égalité cesse quand on passe à la *race noire*. L'immunité de cette race contre certaines maladies miasmatiques est un fait connu depuis longtemps. De ce nombre sont surtout la fièvre jaune et le

paludisme. Toutefois, il faut le reconnaître même pour la fièvre jaune, pour laquelle l'immunité est plus grande encore, elle n'est pas sans exception. Quant aux maladies palustres, le fait suivant, non seulement la démontre, mais permet presque de la mesurer.

En 1853 un établissement pénitentiaire fut fondé sur la rive gauche de l'Oyapock, à 4 kilomètres au-dessus du confluent du Gabaret. Les logements furent bâtis sur un terrain qui domine de 3 mètres le niveau du fleuve et est environné de marais. Le 23 avril, un officier de troupe, un régisseur des travaux, deux gendarmes, un sapeur et un surveillant arrivèrent avec 20 transportés. Des bâtisses furent élevées successivement et purent recevoir 248 Européens. Or du 23 avril 1853 au 1er mars 1854, c'est-à-dire en 10 mois, 101 transportés succombèrent aux fièvres intermittentes, et pour sauver d'une mort certaine la plus grande partie de ceux qui survivaient, on dut les évacuer sur les Iles-du-Salut.

Dès lors des nègres condamnés venus des Antilles furent seuls envoyés sur ce pénitencier.

En 1854, l'effectif se composa de 185 individus qui tous, sauf 33, étaient des noirs. Dans le courant de l'année les Européens qui restaient succombèrent presque tous. Aussi dès 1855 et 1856 les nègres restèrent seuls. Dès lors la mortalité ne fut plus comparable à celle des années précédentes. Il suffit, pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les chiffres suivants :

ANNÉES	EFFECTIF moyen	DÉCÈS	PROPORTION pour 0/0
1853	248	101	41.53
1854	185	40	21.60
1855	195	10	5.07
1856	155	5	3.29

Ainsi la mortalité qui était de 41,53 pour cent en 1852, lorsque le personnel était complètement européen, tomba dès 1854 à 21.60 lorsqu'il était mélangé et enfin lorsqu'il ne fut plus composé que de noirs, nous la trouvons do 5.07 en 1855 et de 3.29 en 1856, c'est-à-dire, que la mortalité, pendant cette dernière année, fut 12.66 moindre qu'en 1853.

C'est là la différence de résistance de ces deux races exposées aux miasmes paludéens. Le tableau précédent donnant des résultats plus généraux et comprenant la totalité des décès, offre des différences moins tranchées. La race noire n'offrirait à la totalité des influences morbides que deux fois et demi plus de résistance que l'européenne.

Race mongole. — Quant à la race mongole les essais ne me paraissent pas avoir été plus heureux que ceux des différentes branches de la race caucasique. Un premier essai a été fait en 1820 avec des *Chinois* dans les marais de Kaw et un second se tente en ce moment surtout avec des *Annamites*.

Dans le mois d'août 1820, 27 *Chinois* arrivèrent à Cayenne et furent établis par les soins du gouvernement sur une habitation appelée l'*Ermitage*, donnant du roucou, du café et du girofle et située sur le bord de la rivière de Kaw. Ils furent installés dans 16 cases et pourvus de vivres par les soins de l'administration. Un an après, 10 sur 27 avaient succombé. Les autres furent dirigés sur Cayenne, deux décès eurent encore lieu et l'exploitation de Kaw fut abandonnée.

Enfin la transportation indigène fournit en ce moment à la Guyane quelques Chinois et surtout des *Annamites*. Ces derniers, d'après ce que j'ai vu au Maroni, paraissent résister un peu mieux au paludisme, mais je crois qu'a-

vant de se prononcer il est bon que l'expérience ait duré plus longtemps.

En somme des quatre principales races, si quelques doutes existent encore pour les peaux-rouges et une variété de la race mongole, les Annamites, je crois qu'on peut affirmer que toutes subissent plus ou moins l'influence du miasme des marais, mais que de toutes c'est la race caucasique qui lui résiste le moins et la race noire qui, d'une manière très marquée, lui résiste le plus. C'est là tout le secret, les anciens colons le savent bien, de la prospérité de la Guyane au temps de l'esclavage.

CHAPITRE IX

INFLUENCE DE L'ACCLIMATEMENT

La prolongation de séjour dans un pays paludéen peut-elle diminuer la réceptivité de l'organisme à ces miasmes? Absolument non. L'opinion contraire ne peut sappuyer que sur une erreur d'interprétation. Et d'abord il faut s'éparer l'acclimatement individuel de l'acclimatement des descendants et partant de la race.

L'homme pris individuellement ne s'acclimate pas contre la fièvre intermittente. Je dirai plus, c'est que plus son séjour se prolonge dans les pays à marais et plus il perd les chances d'échapper à son ennemi. C'est là un fait indiscutable. Pour que l'acclimatement individuel fût admis, il faudrait qu'un homme ayant subi une première fois l'influence du miasme paludéen puisse prolonger son séjour dans le même point, vivre dans les mêmes conditions sans le craindre désormais. Il faudrait, tout au moins, que chez lui les atteintes du paludisme fussent de moins en moins fréquentes ou graves. Or c'est tout le contraire que l'on observe. Chaque nouvelle atteinte laisse après elle une aptitude beaucoup plus grande pour une seconde, et menace l'organisme plus sérieusement que la précédente. Que si, à l'appui de l'acclimatement, on peut citer quelques personnes vivant à la Guyane depuis de longues années sans qu'elles aient d'accès intermittents, il faut expliquer ces exceptions, bien plus par cette idiosyncrasie

dont j'ai parlé, que par une modification de l'organisme rendant par un séjour prolongé moins apte] à contracter cette endémie. Si ces personnes n'ont pas d'accès de fièvre après 5 et 10 ans de séjour, c'est qu'elles n'en ont pas eu avant ou qu'elles ne s'exposent plus aux mêmes dangers. Cependant certains faits d'observation fréquente semblent donner à la théorie de l'acclimatement les apparences de la vérité, et je demande à m'y arrêter quelques instants.

On verra dans la suite que les déplacements, même ceux qui paraissent les plus avantageux, comme le rapatriement, ont parfois pour résultat de faire naître des accès plus violents que ceux qui existaient pendant le séjour dans le pays paludéen, et que même des accès pernicieux peuvent se produire en France plusieurs années après le retour. Il semblerait donc que l'organisme, dans ces circonstances, ait subi antérieurement une modification quelconque, qui l'aurait accordé, qu'on me permette l'expression, aux influences climatériques sous l'influence desquelles il vivait, et que la suppression brusque de ces influences, en détruisant cet accord, lui en ferait perdre le bénéfice.

Il n'en est rien cependant, l'étude attentive de ces faits va le prouver.

Cette modification existerait-elle, en effet, l'organisme qui l'a subie, resterait-il désormais à l'abri de la fièvre ? pourrait-il séjourner dans le pays d'une manière définie ? Absolument non ; or, c'est là ce qu'il faudrait pour admettre cette modification, et l'assimiler à un acclimatement.

Il n'existe pas de modification organique dans ce sens, et ces faits reconnaissent une autre cause que la diminution de la réceptivité progressive de l'organisme aux miasmes. Ce qui le prouve, c'est que le séjour prolongé dans ces conditions, loin d'améliorer la santé, la détériore, et que les

manifestations du miasme loin de diminuer, s'accentueront toujours davantage.

Ces faits singuliers s'expliquent autrement.

Je dirai comment je comprends le processus de l'accès paludéen, et souvent dans la suite j'insisterai sur ce fait, qu'une première localisation sur un organe le prédispose d'une manière de plus en plus facile à d'autres. De sorte qu'une rate, un foie, un poumon, qui sous l'influence du paludisme aurait souvent subi des congestions, y sera toujours, quelle qu'en soit la cause, de plus en plus prédisposé. C'est donc là une prédisposition que le paludisme laissera fatalement à l'organisme. Or les congestions que produit le miasme des marais ne peuvent-elles se produire sous l'influence d'autres causes nombreuses ? C'est là, d'après moi, l'explication la plus plausible de ces accès plus ou moins graves, survenant tardivement et que l'on rattache avec quelque raison au paludisme. Mais il ne faut pas l'oublier, il n'en est que la cause prédisposante, tandis que les autres influences, écarts de régime, refroidissements, en sont réellement les causes déterminantes. Ainsi ces accès, qu'on le sache bien, n'ont nullement besoin d'une influence nouvelle du paludisme pour se montrer ? Ils ne sont paludéens, je le répète que par la prédisposition que cette influence a laissée à un ou plusieurs organes. Mais leur nature est tout autre, ils sont absolument sous la dépendance des causes générales auxquelles est soumise la pathologie de nos climats.

Ainsi donc, ces faits loin de prouver que l'organisme s'acclimate aux miasmes des marais, prouvent au contraire, que pour un temps parfois très long, ce miasme imprime à l'organisme qu'il touche, une trace durable de son passage, et que loin de diminuer sa susceptibilité, ses attaques prédisposent cet organisme non seulement à des attaques

nouvelles de sa part, mais aussi à celles de toutes les causes qui désormais viendront l'assaillir.

Voyons du reste ce que disent les faits.

La croyance à un acclimatement individuel a été telle à une certaine époque, qu'on en a fait des applications pratiques.

Outre la tentative de la colonie agricole de Saint-Augustin, faite en 1853 par l'administration pénitentiaire, et qui n'avait d'autres chances de réussite que celle de l'acclimatement, une autre, plus antérieure d'un siècle, avait été faite en 1765 avec des militaires ayant déjà séjourné quelque temps dans la colonie, et ayant pour ainsi dire subi l'épreuve du climat.

On pensait que des Européens qui auraient déjà passé quelque temps dans la colonie pourraient affronter le paludisme avec moins de danger que s'ils fussent arrivés depuis peu de temps dans les pays chauds. L'administration coloniale les pourvut d'animaux, d'instruments, et leur assura leur subsistance jusqu'au temps où ils recueilleraient les produits de la terre qu'ils auraient défrichée.

Malouët, intendant de la Guyane, constata les résultats de cette expérience au bout de 14 ans. Quelques colons étaient parvenus à vivre de leurs propres ressources ; mais le plus grand nombre était mort et le reste dans la détresse.

L'administrateur éminent que je viens de citer, touché de tant de misères, voulait qu'on leur achetât leurs ustensiles, et qu'on leur donnât une petite somme en les renvoyant en France : « Ils seraient contents, ajoutait-il, et nous en serions débarrassés. »

Voilà pour l'acclimatement individuel. Examinons *celui des descendants*. Ce dernier se présente avec certaines apparences favorables. Il semble tout d'abord que,

quelque malsain que soit un pays, les enfants nés sur place devront être plus aptes à y vivre. Leur organisme se serait assoupli aux exigences de ce climat dès le début, et aurait en se développant acquis pour l'avenir une véritable immunité. Cette immunité se transmettrait de nouveau aux enfants, et ainsi se constituerait, à la longue, une population pouvant braver les influences auxquelles les étrangers ne sauraient s'exposer sans danger.

C'est là une opinion dans laquelle, quoique moins nettement formulée, se complaît assez volontiers la population créole. Rien cependant n'est plus fragile que les arguments sur lesquels elle s'appuie.

Pas plus que l'individu, ni la famille, ni la race ne s'acclimate contre l'endémie dont je m'occupe. Les preuves se présentent en foule. Et d'abord que sont devenues les milliers de familles blanches qui depuis des siècles, et cela pendant les moments les plus prospères, émigrèrent à la Guyane ? J'ai été frappé quand je me suis occupé de cette question, de ne pas trouver une famille qui, sans mélange de sang métropolitain ou de couleur, remonte à la quatrième génération !

Au Maroni, j'ai fait pour les enfants le relevé des naissances et des décès ; or les résultats sont des plus attristants. De 1861 à 1876 inclusivement, 392 enfants, appartenant soit au personnel libre, soit à la transportation, sont nés dans la colonie pénitentiaire du Maroni ; or vers le mois de septembre 1877, quand j'ai quitté le pénitencier, 27 étaient rentrés en France, 8 s'étaient évadés avec leurs parents, 24 étaient dans la colonie, et 233 étaient déjà décédés !

De plus la statistique des mariages et des naissances de la transportation nous révèle un fait non moins probant ; c'est le petit nombre des enfants par mariage. Ce fait

m'avait déjà frappé. Mais les chiffres suivants vont le faire ressortir d'une manière bien évidente. De 1861 à 1874 dans la même colonie pénitentiaire, il y a eu dans le personnel de la transportation, le seul qui soit sédentaire, 330 mariages ; or, en 1878, c'est-à-dire en 16 ans, ces mariages n'avaient donné que 312 enfants. Moins d'un enfant par union ; c'est l'extinction à courte échéance. C'est la dernière illusion des défenseurs de l'acclimatement européen qui s'évanouit. On ne peut même plus compter sur les enfants acclimatés, car comme ces statistiques le prouvent, sous la double influence de l'anémie et du poison paludéen, les femmes deviennent rapidement infécondes et de plus, les quelques enfants qui naissent ne vivent pas.

Que conclure ?

Sinon que, ce qui est vrai pour l'individu, l'est également pour la famille et la race. Que devant cet ennemi dont les forces se renouvellent chaque jour, la résistance de la descendance va toujours faiblissant ; que sous l'influence de ces coups répétés, les fils sont moins vigoureux que le père, et que bientôt même les successeurs devenant impuissants, ils voient leur famille s'éteindre avec eux.

Si quelques faits isolés semblent contraires à mon opinion, examinons-les et que trouve-t-on ? Si quelques familles ont survécu, et semblent en ce moment en voie d'accroissement, c'est que presque toujours elles se sont infusé le sang noir et ont bénéficié de sa plus grande résistance.

Aussi le non-acclimatement de la race me paraît bien démontré. Tout ce je que puis admettre, c'est qu'en vertu du principe de l'hérédité, un père qui présente une certaine résistance au miasme paludéen, puisse transmettre cette disposition heureuse à ses enfants. Mais encore ici le fait du non-acclimatement paraît bien évident ; car loin d'augmenter, cette résistance va toujours en diminuant.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE X

MARCHE GÉNÉRALE DU PALUDISME — FRÉQUENCE RELATIVE DE SES DIFFÉRENTS TYPES — DIVISION

Nulle part le miasme paludéen ne mérite mieux son épithète de protéiforme qu'à la Guyane. Cette grande variabilité dans ses manifestations ne se révèle pas seulement par les modifications que peut subir l'accès intermittent classique, mais aussi par les irrégularités de son type. Ces irrégularités du reste sont assez prouvées par les chiffres suivants.

J'ai pu retrouver les statistiques de 19 trimestres, pendant lesquels le type a été indiqué. Or sur un total de 8444 cas de fièvres paludéennes, 6118 appartiennent aux fièvres *irrégulières ou atypiques*. Les mêmes statistiques nous en font connaître les proportions des types *quotidiens, tierces* et *quartes*, les seules parmi les formes simples qui aient été mentionnées. Ces résultats sont les suivants.

Le type quotidien, le plus fréquent après les cas irréguliers, a été observé 1713 fois, le tierce 283 fois et le quarte 22 fois seulement. Les autres 308 cas correspondent aux formes

graves et comprennent 39 cas de fièvres rémittentes bilieuses et 269 cas d'accès pernicieux.

Ainsi des trois types simples, de beaucoup c'est le quotidien qui est le plus fréquent ; puis à une grande distance se place le tierce, et enfin, presque comme une rareté, vient le type quarte, ne se présentant guère qu'une fois tous les trois mois.

Ces différences de fréquence s'expliquent par la marche ordinaire du paludisme. En m'en rapportant à mes souvenirs personnels et aux appréciations des collègues que j'ai pu consulter, il résulte que la fièvre intermittente quotidienne est celle qui le plus souvent atteint les arrivants. C'est sous cette forme que le miasme paludéen frappe ses premiers coups. Les accès sont à cette époque complets et leurs trois stades bien tranchés. Ils sont d'intensité et de durée moyennes et cèdent assez facilement au sulfate de quinine. S'ils sont régulièrement soignés, ils s'espacent, perdent de leur intensité puis disparaissent. Mais bientôt, si le malade s'expose de nouveau, les rechutes arrivent de plus en plus faciles, laissant toujours après elles l'organisme de plus en plus faible, et de moins en moins sensible aux préparations de quinquina.

A partir de ce moment deux cas peuvent se présenter. L'intoxication peut affecter soit une marche aiguë, soit une marche chronique. Si les accès sont mal soignés, ou bien, si le malade continue à vivre au milieu des marais, c'est la forme aiguë qui apparaît. Les accès augmentent d'intensité et surtout de durée jusqu'à ce que l'accès pernicieux ou la fièvre rémittente bilieuse viennent terminer la scène. Si, au contraire, le malade, au moins momentanément, se soustrait à l'influence du paludisme, les accès s'éloignent et deviennent irréguliers, ils peuvent même disparaître, pendant quelque temps. Mais le retour dans les foyers pa-

ludéens rappelle les mêmes phénomènes et le plus souvent, après quelques rechutes semblables, la forme chronique s'établit.

Cette forme qui est de beaucoup la plus fréquente, puisque presque tous les Européens y sont soumis, s'accompagne bientôt d'anémie et les principaux phénomènes qui la caractérisent s'accentuant, on voit naître la cachexie.

Pendant cette période cachectique et celle qui la précède les accès sont fréquents, mais ils se présentent avec une telle irrégularité qu'il est impossible de les rattacher à aucun type connu. L'accès lui-même n'est plus complet, et il faut une certaine habitude de la pathologie exotique pour le reconnaître. Outre les mille manifestations apyrétiques du miasme paludéen, et qui varient presque pour chaque sujet, l'accès lui-même est modifié. Souvent il manque d'un stade ou l'un de ces stades s'accentue tellement, qu'il efface les autres.

Parmi ces cas de paludisme chronique, trois formes sont surtout observées. La plus commune est ce que les habitants du pays appellent la *fièvre chaude*. C'est l'accès intermittent avec absence de frissons et prédominance du stade de chaleur.

La seconde forme, par opposition, a reçu le nom de *fièvre froide*. Elle est caractérisée surtout par la longueur du frisson sans que la réaction en soit plus marquée. Enfin la troisième est la *fièvre lente*, constituée par un mouvement fébrile léger (38°, 38° 5). qui dure des semaines et des mois entiers.

Les accès sont rarement isolés ; ils viennent par période. Après un calme de plusieurs semaines, quelques accès surviennent mais toujours à des intervalles tels qu'ils est impossible de les rattacher à un type régulier.

Ce qui reste le plus longtemps constant, c'est l'heure à la-

quelle commence l'accès ; c'est une observation que font tous les malades. Quant à l'heure de son début, je dois dire qu'il n'en est pas qui ne puisse le voir commencer. J'ai pu écrire pendant que j'étais au Maroni : « Depuis plusieurs semaines la fièvre ne s'est pas absentée de l'hôpital. » Cependant c'est dans l'après-midi, que les accès sont le plus fréquents. Les heures comprises entre 2 et 5 heures m'ont paru celles qui le plus souvent les voient commencer; puis la fréquence diminue, et les accès de la nuit et du matin deviennent très rares. C'est vers 5 et 6 heures du matin qu'ils m'ont paru débuter le moins souvent. A partir de 8 heures la fréquence augmente pour atteindre son maximum, comme je l'ai dit, vers le milieu de l'après-midi.

Ce sont là des faits que j'ai notés avec d'autant plus d'attention, qu'une opinion contraire tendait depuis quelques années à devenir classique.

Telle est la marche du paludisme à la Guyane. Mais cet aperçu resterait trop imparfait et n'aurait que bien peu d'utilité, si je ne le complétais par l'étude isolée, quoique succincte, de ses formes principales et c'est à cette étude que vont être consacrés les chapitres suivants.

Mais une première question se présente tout d'abord, quelle division admettre ? Pour tenir compte le plus possible des particularités qui intéressént le clinicien, je diviserai les manifestations du paludisme en deux groupes, le premier comprenant toutes celles qui sont fébriles et le second celles qui ne le sont pas.

Dans le premier, avec des degrés de fréquence différents, on observe à la Guyane les trois formes intermittente, rémittente et continue. Chacune d'elles sera donc étudiée séparément à l'état simple. Mais pour les formes compliquées, comme toutes les trois peuvent y conduire, et que

lorsque ces complications existent, ces différents types intermittents et rémittents, s'enchevêtrent, souvent sans pouvoir dire quel est celui qui domine, je ferai abstraction de cet élément. J'étudierai donc les formes compliquées sans m'occuper de la marche de la fièvre.

Quant aux manifestations apyrétiques, leur étude est encore bien incomplète, et jusqu'à présent, je ne crois pouvoir mieux faire, que de les étudier dans l'ordre dans lequel l'usage a prévalu de grouper les divers systèmes de l'économie.

CHAPITRE XI

IDÉE GÉNÉRALE SUR LE POISON PALUDÉEN ET SES MANIFESTATIONS

Je n'écris pas ici un traité dogmatique, je l'ai dit, sur le paludisme en général. Cependant pour être bien compris dans ce qui va suivre, je crois utile d'exposer en quelques mots l'idée que j'ai été conduit à me faire sur la natnre du miasme qui l'engendre et sur ses diverses manifestations. Cet exposé, du reste, servira tout naturellement de résumé et de conclusion aux chapitres qui précèdent.

Je considère comme démontré que ce miasme appartient an règne végétal et que son terrain de prédilection est le marais. Tont ce que j'ai dit sur l'influence des vents, de la rosée, des plnies et enfin l'absence complète de mouvements qui lui soient propres, ne me laissent aucun doute à cet égard.

Sa voie d'absorption, contrairement à certains miasmes typhiques, me paraît être le plns sonvent les voies respiratoires et particulièrement la surface pulmonaire.

Que l'élément qni constitne le miasme paludéen soit uniqne on mnltiple, son mode d'action et ses propriétés sont de même nature. Ces effets peuvent être plus ou moins intenses, mais je crois que cette intensité des phénomènes toxiques résulte d'une part de la quantité absorbée plus ou moins grande, et d'autre part de la sensibilité naturelle ou acqnise de chaqne organisation. Ainsi, je ne crois pas que l'élément producteur dn simple accès intermittent soit nécessairement différent de celui qui

produit les divers accès pernicieux. La perniciosité ne semble pas dépendre de l'espèce du miasme, mais peut-être de sa quantité et surtout de l'état de l'organisme au moment où il est atteint.

Quelques explications sont cependant encore nécessaires pour compléter ma pensée.

Il est possible que la propriété toxique à laquelle est due le paludisme appartienne non à une seule espèce végétale, mais à plusieurs. Il est possible que ces diverses espèces végétales possèdent à des degrés divers cette puissance toxique comme nous voyons dans la série des poisons convulsivants, par exemple, certains l'être plus les uns que les autres. Mais je crois que toujours leurs premières manifestations, quoique avec des intensités différentes, seront plus bénignes et que ce n'est pas d'elles seules que dépend leur perniciosité.

Encore moins suis-je porté à admettre autant d'agents toxiques qu'il y a de formes pernicieuses.

Je ne crois pas non plus que ce soit à la différence de ces éléments que soient dues les différences de type, et qu'il y ait des poisons quotidien, tierce, quarte, etc. Les types doivent être dus à d'autres influences dépendant surtout de l'organisme. Il en est de même pour les diverses formes de fièvres intermittente, rémittente, et continue.

Je pense que le propre de ce poison est de provoquer une série de phénomènes dont l'évolution s'achève ordinairement dans moins de 24 heures et de les reproduire à des intervalles à peu près égaux à un nyctémère c'est-à-dire d'une manière *quotidienne et intermittente*. S'il perd ce caractère, il faut l'attribuer quelquefois à son intensité, mais le plus souvent aux complications résultant d'une réaction incomplète de l'organisme.

Pour comprendre le processus de ces diverses manifes-

tations paludéennes toujours plus graves, il me paraît logique de procéder du simple au compliqué. Or voyons ce qui se passe dans l'accès de fièvre dont est atteint un organisme vierge de toute intoxication antérieure.

Cet accès comprend les phénomènes suivants :

1° Pénétration du miasme dans les voies respiratoires, pénétration s'opérant parfois très rapidement.

3° Absorption assez lente de cet élément par les vaisseaux sanguins.

4° Sous l'influence de cet agent toxique parcourant le torrent circulatoire paralysie légère de tout le système vasculaire, aussi bien de la périphérie que des organes centraux, et commencement d'élévation de la température périphérique.

5° Le plus souvent sous une influence atmosphérique, ou qui reste absolument sans explication, contraction brusque et par saccades du système vaso-moteur périphérique et tout particulièrement cutané.

6° Balancement presque mécanique entre cette contraction et la dilatation excessive du système sanguin des viscères centraux, céphaliques, thoraciques et surtout abdominaux, se traduisant le plus souvent par des signes évidents.

7° Retour partiel de la circulation dans le tissu cellulaire sous-cutané.

8° Persistance de cet état pendant quelques heures.

9° Enfin diminution de la vascularisation des organes centraux et disparition de la contraction de celle du système cutané, se traduisant, la première surtout, par la diminution de la rate et du foie et pour l'autre par la souplesse de la peau et des sueurs profuses.

Tel est l'accès dans toute sa simplicité. Or, de là aux diverses formes compliquées, on va le voir, il n'y a, le plus

souvent, que des différences qui s'expliquent, soit par l'intensité même de cet accès, soit surtout par une disposition particulière native ou acquise de l'organisme.

1° Que l'on admette que l'accès se prolonge outre mesure, et qu'au lieu d'évoluer dans les 24 heures, ce temps ne lui suffise pas. Le frisson reprendra avant que la sueur ne soit arrivée et l'on aura le phénomène justement redouté de la *subintrance*.

2° Que l'accès ait eu le temps de parcourir ses trois périodes, mais que ces périodes aient pris un temps suffisant pour que, les sueurs terminées, la température n'ait pas eu le temps de revenir à la normale, et nous aurons la *rémittente simple*. J'observe un cas en ce moment merveilleusement fait pour étayer la théorie que j'expose.

3° Que la durée des accès soit variable ; qu'à des accès évoluant en un jour en succèdent d'autres embrassant une période de deux ou trois nyctémères, et l'on se trouvera en présence de la *subcontinue*.

4° Qu'enfin la période de chaleur se prolonge pendant deux, trois et quatre jours et l'on aura une fièvre dont j'ai souvent en ce moment des exemples sous les yeux, la *fièvre paludéenne continue*.

Jusque-là, nous le voyons, rien n'est plus facile à saisir. Ces différences de symptômes ne tiennent qu'à la différence de durée, soit de toutes, soit de l'une seulement des périodes constitutives de l'accès simple. L'explication du processus des formes plus compliquées va paraître, je l'espère, tout aussi facile.

J'ai dit comment, même dans l'accès le plus simple, tout l'organisme est en cause. Or pour qu'il reste simple, on le sait, il est indispensable que dans cette série de phénomènes pathologiques tout se passe dans l'ordre prévu. Mais supposons que sous une influence quelconque, et bientôt je

vais en énumérer quelques-unes, un des organes ou une partie de l'organisme s'écarte de cette marche prévue d'avance, et sitôt l'accès de simple va devenir compliqué

Si nous supposons, par exemple, que le sujet soit atteint d'une plaie, d'un ulcère, nous verrons presque toujours ce point de l'organisme qui avait été congestionné, au point de devenir le siège d'hémorrhagies rebelles pendant l'accès, se couvrir d'une couche gangréneuse après, et dès lors au mouvement fébrile propre à l'atteinte paludéenne se joindra la fièvre d'élimination.

Que l'on se trouve en présence d'un poumon envahi par la tuberculose, et nous pourrons voir, après chaque accès, cet organe rester le siège de phénomènes congestifs plus ou moins graves. Que l'on observe dans un pays chaud où le foie a un fonctionnement exagéré, et l'on verra cet organe, au lieu de revenir sur lui, rester congestionné. Que les atteintes se renouvellent, et bientôt à cette congestion succédera une véritable hypérémie ; *la fièvre paludéenne bilieuse* sera constituée. Enfin que l'on combine les formes intermittente, rémittente, continue de la fièvre avec les complications précédentes, et l'on aura toutes ces fièvres paludéennes variables à l'infini, dont les types les plus fréquents seulement ont été décrits, mais qu'il faut s'attendre à voir se modifier de mille manières au lit du malade.

Ainsi s'expliquent les formes compliquées auxquelles on a réservé plus particulièrement le nom de *fièvres*. Mais jusqu'ici les syndrômes que j'ai pu constituer ne se présentent pas avec le caractère le plus malin de l'intoxication paludéenne. Il me reste, pour être complet, à expliquer les formes si graves confondues sous le nom *d'accès pernicieux*. Or, comme on va le voir, le processus est le même; seuls les organes diffèrent.

C'est avec intention que jusqu'à présent, dans l'énumé-

ration des formes compliqueés, j'ai choisi les complications portant sur les plaies, le poumon et le foie. C'est qu'en effet, c jeu de ces parties de l'organisme ou de ces organes, n'est pas immédiatement indispensable à l'entretien de la vie.

Mais que l'on suppose que la congestion, au lieu de persister dans le foie, ou une partie limitée du poumon, se prolonge sur un organe dont l'intégrité est indispensable à la vie, comme le cerveau, la moelle épinière, et dès lors le danger devient imminent ; la *perniciosité* apparaît. Qu'enfin nous supposions qu'à la congestion succède l'hypérémie, l'épanchement, l'hémorrhagie et que, de plus, ces phénomènes pathologiques se localisent sur les méninges, sur la muqueuse intestinale, et nous verrons alors cette perniciosité se révéler avec ce qu'elle a de plus implacable, de plus foudroyant.

Mais, comme on le voit, ce qui dans tous ces cas constitue la *perniciosité*, ce n'est pas le toxique lui-même. Ce n'est pas lui qui de préférence a exercé son action sur le poumon, le cerveau, l'intestin. C'est sans conscience qu'il frappe les coups les plus graves ; c'est l'organisme lui-même qui, d'avance, lui a désigné et préparé l'organe qui devait les recevoir.

Dans tous ces cas, en un mot, si c'est le cerveau, le poumon ou l'intestin qui est atteint, c'est que cet organe avait une résistance native, acquise ou accidentelle moindre : *c'était le point de la moindre résistance.*

Telle est la manière dont je comprends l'accès pernicieux. Je le répète, pour moi, ce qui fait sa perniciosité, ce n'est ni l'espèce toxique, ni son intensité, mais surtout l'importance fonctionnelle de l'organe et le genre de lésions dont il est atteint.

Ces idées sur la nature du miasme paludéen et sur leurs manifestations diverses sont-elles hors de toute contestation ?

Loin de moi cette pensée. J'avoue, au contraire, et sans hésitation que tout ce qui touche la nature du miasme, son mode d'introduction dans l'organisme et son mode d'action n'est qu'une série d'hypothèses. Aussi, quoique des faits nombreux et des considérations scientifiques sérieuses plaident en leur faveur, et puissent déjà permettre de les défendre, je déclare que je suis prêt à les rejeter toutes dès qu'on pourra m'offrir des faits contradictoires positifs Mais hypothèses pour hypothèses, j'aime mieux m'entenir à celles qui précèdent, parce qu'elles me paraissent mieux me rendre compte de ce que j'ai observé.

Je me réserve, du reste, de revenir sur ces divers poiuts dans une étude ultérieure qui leur sera cousacrée d'uue manière exclusive.

Mais si je me déclare prêt à abandonner toutes mes idées sur ce qui touche ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle et la physiologie du miasme, il n'en est plus de même quand il s'agit de ses manifestations. Ici, ce n'est plus sur des hypothèses que je m'appuie, mais sur des faits cliniques se répétant tous les jours sous les yeux de quicouque est en situatiou pour les observer.

Quoi de plus évident que la participation du foie dans les formes bilieuses? Il suffit de lire les autopsies recueillies sans idée préconçue par les observateurs exerçant sur les points les plus divers, et l'on trouvera toujours indiqués, les augmentatious de volume, les changements de coloration, de structure, de résistauce, eufin de véritables preuves d'un travail phlegmasique, telles que des adhérences et des abcès plus ou moins nombreux et étendus. Or, ce ne sont là que des lésions macrographiques. Qui nous prouve qu'on n'eût rieu trouvé daus les cas où l'on n'a eu à signaler que ces aspects insolites dont l'observateur, on le sent souvent, manquant de termes de comparaison n'a pu

donner une idée complète, si on eût poussé l'investigation plus loin en s'aidant des ressources qu'offre la chimie et le microscope ?

Quoi de plus évident que les lésions des méninges dans la plupart des formes cérébrales dont la durée a été suffisante pour permettre au processus pathologique de laisser sur ces organes des traces durables ? Car ici je dois signaler une cause d'erreur. Lorsque la mort a été assez prompte pour que le processus anatomique se soit arrêté aux phénomènes congestifs, toute trace de ces phénomènes disparaît. Mais n'en est-il pas de même, lorsque ces phénomènes congestifs existent sur les téguments ou d'autres organes ?

Quoi d'étonnant, dès lors, que lorsque la congestion du cerveau, de la moelle allongée, des méninges, ou du poumon a été assez considérable pour compromettre la vie avant que tout travail inflammatoire se soit produit, travail qui exige encore un certain temps, quoi d'étonnant, dis-je, qu'à l'amphithéâtre nous ne trouvions que des traces insignifiantes ? Mais, à côté de ces faits, que l'on prenne ceux dont la durée a dépassé 36 et 48 heures ; qu'on les examine avec soin, et, j'en suis convaincu, toujours la lésion paraîtra évidente, et, de plus, en admirable concordance avec la symptomatologie. J'en ai pour preuve non seulement les autopsies que j'ai faites moi-même, qui, il est vrai, sont trop peu nombreuses, mais encore le relevé de plus de 800 autres publiées ou inédites, recueillies dans les thèses, les journaux, les traités dogmatiques et surtout ces mines fécondes que nous offrent les registres d'amphithéâtre de nos colonies.

Et même, ici encore, pour les cas trop rapidement terminés pour laisser des traces macrographiques, que l'on s'arme du microscope, que l'on en vienne à des moyens de

recherche que commande l'état actuel de la science, et, j'en suis persuadé, les lésions, pour en être moins faciles à voir, pour l'œil du savant ne seront pas moins évidentes.

Ainsi, qu'il s'agisse des complications légères, comme celles qui se localisent sur les plaies, les membres, les organes génitaux, ou bien de celles dans lesquelles le processus anatomique est parfois moins évident et plus compliqué, comme les diverses fièvres, ou bien enfin des localisations plus graves portant sur les organes dont l'intégrité est indispensable au maintien de la vie, il me paraît démontré :

1° Que toujours la complication est due à la persistance, à la *localisation* des phénomènes congestifs et de leur suite, dans un ou plusieurs organes, phénomènes qui se prolongent au delà de l'accès simple et avec lequel souvent, à partir de ce moment, ils se confondent.

2° Que toujours le syndrôme de cette forme compliquée révèle non seulement l'organe atteint, mais souvent aussi le genre de lésion ainsi que le prouve l'autopsie.

3° Que la gravité de ces complications dépend surtout de l'importance fonctionnelle de l'organe sur lequel elle s'est localisée.

4° Enfin, comme conclusion pratique, qu'il est indispensable dans le traitement, que le praticien tienne un grand compte de l'organe et de la nature de ses lésions.

Une fois ces lésions produites, en effet, quelle qu'en soit la cause, miasme paludéen, insolation, variations atmosphériques, il y a toute une partie du traitement, celle qui est dirigée contre la lésion proprement dite, qui doit rester la même. Seule la médication propre à éviter le retour de la cause doit ici s'ajouter à l'autre.

Ces idées exposées, et tout en renouvelant les réserves sur la valeur hypothétique de quelques-unes d'entre elles,

je vais aborder l'étude séparée de chacune des formes plus ou moins fréquentes que le sol de la Guyane si fertile en affections paludéennes a permis d'observer depuis trente ans. Je le ferai le plus rapidement possible, et en proportionnant autant que je le pourrai la longueur des chapitres que je leur consacrerai avec l'importance qu'elles occupent vu leur gravité et leur fréquence, dans le cadre que je me suis tracé.

CHAPITRE XII

FIÈVRES PALUDÉENNES SIMPLES

FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE. — Ce que je viens de dire sur la marche du paludisme en général ayant surtout trait à la fièvre intermittente simple, je n'y reviendrai pas. Je dois cependant signaler quelques particularités.

La première est la longueur des accès. Dans ces cas la forme intermittente se rapproche beaucoup de la forme continue. Ces longs accès m'ont paru se présenter surtout sur les nouveaux arrivés ayant négligé des premiers accès légers.

La seconde particularité est le danger de la *subintrance*. C'est là un fait d'une importance capitale en clinique ; c'est à cause de ce danger que je conseille toujours d'administrer le sulfate de quinine à la fin de l'accès, et même quand il se prolonge un peu plus que d'ordinaire, pendant la période de sueur.

Le diagnostic de la fièvre intermittente simple, ne présente que peu de difficulté. C'est elle qui s'offre la première à l'esprit du médecin à la Guyane. Quant à son état de simplicité ou de complication, seul l'examen attentif des différents organes peut permettre de le reconnaître.

L'accès intermittent se termine si souvent heureusement que c'est rassurer le malade que de lui annoncer que c'est de cette maladie qu'il souffre. Mais si le pronostic est, en effet, le plus souvent favorable pour l'accès isolé, il n'en

est pas de même pour l'intoxication paludéenne en général dont il est la manifestation ; j'y reviendrai plus tard.

Le traitement ne présente rien de spécial à la Guyane. Favoriser la réaction au début et combattre la périodicité ensuite, telles sont les deux indications. C'est l'ayapana que j'administre de préférence à toutes les infusions. Elle est agréable au goût, facile à se procurer et d'une efficacité au moins égale à tous les autres excitants végétaux. Comme je l'ai dit, c'est presque toujours dès la fin de l'accès et quelquefois même pendant la période de sueurs que j'administrais le sulfate de quinine. Pendant un certain temps, j'ai cherché à le donner quelques heures seulement avant l'accès ; j'y ai bientôt renoncé. D'abord parce que les accès sont si irréguliers qu'il est rare de tomber juste et ensuite parce que, même lorsque l'accès revenait à l'heure prévue, il n'en paraissait nullement modifié ; enfin la fréquence de la subintrance rendait, dans bien des cas, cette pratique dangereuse. Lorsque l'accès ne s'était pas reproduit, pendant les quelques jours qui suivaient, c'était le matin que je donnais le sel de quinine. C'est qu'en effet, comme je l'ai dit, j'avais remarqué que c'était à ce moment de la journée que la fièvre était la moins fréquente et la température la moins élevée.

La fièvre rémittente simple, c'est-à-dire dégagée de toute complication, est rare à la Guyane. Mais elle existe d'une manière indiscutable. Elle est caractérisée par des accès successifs dans l'intervalle desquels existe une rémission bien marquée, mais qui n'atteint jamais l'apyrexie. Cette rémission a lieu le plus souvent le matin. Mais ce n'est pas constant ; elle peut se présenter à toute heure, c'est-à-dire que les accès qu'elle sépare ne sont nullement égaux en durée.

La fièvre rémittente diffère de la *subintrance* par l'absence de frisson initial. Ce dernier est très rare pendant la rémittente et toujours du plus fâcheux augure.

Le pronostic doit s'éclairer de la marche de l'affection et surtout de l'intensité variable des accès, qui vont en diminuant lorsque l'affection marche vers la guérison.

Je ne me suis jamais contenté du sulfate de quinine dans cette fièvre. Je crois qu'il est indispensable d'agir en même temps sur le tube digestif. Aussi un pugatif et des lavements de même nature étaient-ils administrés, dès qu'elle était confirmée. Quant au snlfate de quinine, je le prescrivais aux doses de 2 à 3 grammes, en donnant les 2/3 de la dose le matin et l'autre tiers le soir. Quelle que fût la dose, elle était divisée d'abord par prises de 0gr, 50, et à la fin de 0gr, 25. Je cherchais ainsi, après avoir rapidement saturé l'organisme par des doses élevées, à le maintenir sous l'influence du médicament par des doses plus faibles mais souvent répétées, destinées dans ma pensée à remplacer les quantités de médicament éliminées.

Tant que la fièvre reste simple, ce traitement snffit. Mais il ne faut pas l'oublier, la fièvre rémittente se complique souvent, et c'est de ces complications qu'il faut surtout s'occuper pour les prendre au début. Aussi ne saurai-je trop recommander d'interroger tous les organes chaque jour et avec soin.

Fièvre continue simple. — J'entends par *fièvre continue*, une fièvre de nature sûrement paludéenne et se prolongeant sans redoublement marqué au delà de 36 heures, et cela sans qu'aucune complication pnisse expliquer cette longue durée.

La limite inférieure de 36 heures évidemment n'est pas inflexible. Des formes continues peuvent durer moins. Mais

d'abord, il faut en fixer une, et de plus je pense que pour éviter beaucoup d'hésitations, il vaut mieux mettre entre elles et les intermittentes la plus grande distance. La nature nous offrant tous les degrés, sans exception, depuis l'accès qui évolue en quelques heures jusqu'à la fièvre continue, qui demande plusieurs jours, il est évident que le domaine de ces deux formes, en ne tenant compte que de la durée, sera toujours difficile à délimiter; mais aussi, qu'on sera d'autant plus sûr de ne laisser à la forme continue que les cas qui lui appartiennent réellement, qu'on reculera davantage ses limites.

Beaucoup d'accès, en effet, durent 10 et 12 heures, moins durent 15 et 18 heures, et ce n'est que par exception qu'un véritable accès intermittent dépassera 20 heures. Cependant en descendant à 24 heures la limite inférieure de la forme continue, je laisserais subsister encore pour ces cas une hésitation forcée. Elle n'existe plus, en m'arrêtant à 36 heures.

Mais la question de durée n'est pas la seule qui plaide en faveur de l'existence de la forme continue.

Outre les raisons que l'on retrouvera dans la symptomatologie, il en est une que je veux donner tout d'abord. C'est qu'à l'encontre de l'accès intermittent, qui tend à se reproduire prochainement et sous la même forme, la fièvre continue ne se reproduit que tardivement et semble donner à l'organisme une immunité passagère.

Ainsi comprise la *forme continue* n'est pas rare à la Guyane. J'en ai observé de nombreux cas au Maroni et tout particulièrement chez les soldats d'infanterie de marine.

Elle se présente de préférence chez les nouveaux arrivés. Elle peut également apparaître chez les acclimatés sous l'influence d'un changement de séjour, même lorsque le point abandonné est moins sain que la nouvelle résidence.

Elle dure souvent 36 heures et peut se prolonger, pendant deux ou trois jours. Rarement elle dure plus longtemps, sans qu'on ne puisse l'expliquer par quelque complication, et ces cas rentrant alors dans les formes compliquées, c'est avec elles qu'ils seront étudiés.

La forme continue ne diffère en rien à son début de l'accès intermittent. La première période n'est ni plus marquée ni plus longue ; peut-être même l'est-elle moins. Ce n'est que pendant la seconde que les différences commencent ; mais ici elles sont assez tranchées pour justifier sa distinction. Sa longueur pourrait suffire. C'est elle, en effet, qui absorbe presque toute la durée de la maladie. Mais de plus les symptômes inflammatoires sont plus marqués que dans l'accès simple. La face est rouge, les yeux larmoyants et injectés, et le malade en proie à une vive agitation. La peau est sèche et brûlante. Il y a de l'anoréxie, des nausées, parfois des vomissements et de la constipation. Le pouls, plein, varie de 90 à 100 et la température entre 39° à 40° 5. Les urines sont rares, chargées, mais ne présentent que rarement de la bile et de l'albumine. Après un temps variable, mais qui souvent ne dépasse pas 30 heures, les sueurs arrivent; elles sont profuses. En même temps la chaleur tombe, mais la convalescence demande toujours quelques jours.

Le diagnostic avec l'accès intermittent est contenu dans ce qui précède; je n'y reviendrai pas.

Quant à l'embarras gastrique, si l'existence de phénomènes gastriques peuvent y faire penser, je crois que les considérations suivantes doivent permettre de l'écarter sûrement. D'abord la fièvre paludéenne continue à un début plus brusque, plus net. Il est signalé par un frisson prolongé. Pendant son cours ensuite, les phénomènes inflammatoires et surtout la température sont plus mar-

qués, enfin sa terminaison est également plus franche.

Ces mêmes caractères différentiels suffiront, je suppose, pour la distinguer de la synoque et de l'insolation.

Son pronostic n'est grave qu'autant qu'on envisage l'intoxication paludéenne dont elle est la manifestation.

Son traitement consiste surtout dans les évacuants, purgatifs, vomitifs, pendant toute la période de chaleur. Ce n'est que lorsque la sueur apparaît, que je donne le sulfate de quinine. Mais de plus, il est important d'examiner tous les organes et de tenir compte de toutes les indications qu'ils pourraient fournir à la médication des symptômes à laquelle je pense qu'on doit ici sacrifier.

CHAPITRE XIII

FIÈVRES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES — LOCALISATIONS SUR LE FOIE ET LES REINS

COMPLICATIONS BILIEUSES. — Les complications les plus fréquentes sont celles qui ont leur siège dans le foie.

Elles se présentent sous les aspects les plus complexes. Plus que jamais, nous retrouvons ici cette inconstance de formes que, d'une manière si tranchée, l'infection palustre affecte à la Guyane. A l'irrégularité des accès, à la variabilité des types, il faut joindre de plus, pour les manifestations qui nous occupent, l'inconstance et l'alternance des formes précédentes. Si la fièvre intermittente bilieuse, en effet, conserve toujours son type, peu de fièvres connues sous le nom général de rémittentes restent franchement rémittentes pendant toute leur durée, et c'est bien en vain que, le thermomètre en main, on chercherait à les rattacher à un type unique. De là, une grande cause de difficulté pour le clinicien, et, j'en suis convaincu, une source de malentendus pour les différents observateurs. Aussi dans ces formes compliquées, le type rémittent n'étant jamais bien franc à la Guyane, et se combinant presque toujours, pendant son cours, avec les types continu et intermittent, je pense qu'il est préférable de renoncer au nom de *rémittente* qui indique que la rémittence est une des caractéristiques de ces affections, pour admettre simplement

celui de *fièvre paludéenne bilieuse* qui ne préjuge rien sur le type, et qui rappelle en même temps et leur nature et leur complication principale.

La même terminologie s'étendra aux autres formes plus graves et l'on aura ainsi : la *fièvre paludéenne bilieuse mélanurique,* la *fièvre paludéenne bilieuse hémorrhagique,* etc.

C'est qu'en effet pour que leur étude soit profitable, la répartition des diverses complications bilieuses en plusieurs groupes distincts me paraît indispensable. Quoi de moins comparable, comme symptomatologie, gravité et traitement que ces diverses manifestations? Aussi pour procéder avec une certaine méthode, et pouvoir donner quelque précision aux considérations pathologiques que je me promets de leur consacrer, sauf à justifier cette division plus tard, j'admettrai :

La fièvre paludéenne bilieuse simple ;
La fièvre paludéenne mélanurique ;
La fièvre paludéenne hémorrhagique.

Ce n'est que dans la fièvre paludéenne bilieuse simple que le peu de gravité de la complication bilieuse permet encore à l'influence paludéenne de se révéler avec une différence de type, et de reconnaître facilement, en clinique, une *forme intermittente* d'une autre moins bien déterminée, mais qui malgré quelques rémissions se rapproche plus de la *forme continue* que toute autre.

Je décrirai ces deux formes sous le nom de *fièvre intermittente bilieuse* et de *fièvre continue bilieuse.*

La fièvre intermittente bilieuse est en même temps la plus légère et une des plus rares à la Guyane. Elle est caractérisée par des phénomènes gastriques et bilieux et par l'apparition d'une teinte ictérique soit à la fin, soit après l'ac-

cès. Cette teinte est plus ou moins marquée, et si rarement elle est très foncée, souvent elle l'est assez, pour n'être pas douteuse, surtout aux conjonctives. Elle survient après un accès isolé. Quelques sujets y paraissent plus particulièrement prédisposés, et il m'a paru que c'étaient ceux doués d'un certain embonpoint et faisant usage d'une nourriture fortement animalisée.

L'accès intermittent bilieux ne diffère en rien de l'accès simple, si ce n'est par la teinte ictérique qui me paraît être due à un spasme des voies biliaires. Son pronostic n'est nullement aggravé; seul, son traitement m'a paru devoir être modifié. Dans tous ces cas, je crois utile d'administrer un vomitif le premier jour, un purgatif le second et de ne donner le sulfate de quinine qu'ensuite.

La fièvre continue bilieuse est encore assez rare. Je crois qu'ici c'est un véritable catarrhe biliaire qui complique la fièvre paludéenne. Sa symptomatologie comprend celles de ces deux entités morbides.

Mais sa différence avec la précédente vient non seulement de l'existence de ce catarrhe, qui en aggrave le pronostic, mais surtout de la durée plus longue de la manifestation, et de l'alliance fréquente de plusieurs types. Le plus souvent c'est le type continu qui ouvre la scène, puis lui succèdent de véritables accès intermittents. Dans cette voie, du reste, toutes les combinaisons peuvent être réalisées.

Quant aux phénomènes gastriques et bilieux, ils sont représentés par de l'anorexie, des vomissements bilieux assez tenaces, et quelquefois un peu d'augmentation de volume du foie.

Mais de plus il n'est pas rare de voir s'y joindre des symptômes céphaliques. La face est rouge, vultueuse, et les yeux injectés. Dès le début le malade se plaint de lourdeur,

de pesanteur de tête et d'insomnie, parfois même il survient du délire pendant la nuit.

Ainsi face vultueuse, céphalagie, constipation, vomissements bilieux fréquents et teinte ictérique, tels sont les symptômes caractéristiques.

Cependant, dans certains cas que j'ai observés surtout chez des Européens en proie depuis longtemps à la fièvre intermittente, on peut rencontrer des lésions plus graves. Dans une autopsie j'ai trouvé le foie criblé de petits abcès.

Ici plus encore que dans la complication précédente, les vomitifs et les purgatifs trouvent leur indication. Ces derniers doivent même être renouvelés, s'il existe de la constipation. Quant au sulfate de quinine, on ne saurait trop le recommander. Il faut se rappeler, en effet, que la lésion du foie n'est qu'une complication et que le miasme paludéen n'en reste pas moins l'élément le plus important sur lequel le clinicien doive porter son attention.

Complications du foie et altération du sang ou des vaisseaux. — Les formes qui me restent à décrire sont celles qui ont le plus attiré l'attention de mes devanciers. Ce sont celles qu'ils ont désignées, et parfois confondues, sous les noms divers de rémittentes bilieuses, hématuriques, hémorrhagiques, etc. Je viens de dire quelle est la raison qui m'a fait renoncer au nom de rémittente. Étudiées dans des foyers différents par divers observateurs, chacun d'eux les a décrites sous l'aspect sous lequel ces formes, plus ou moins rapprochées, se sont présentées à lui. Aussi ne doit-on pas s'étonner des divergences parfois très grandes que présente leur description. Un des points de leur histoire, on le sait, qui ont été le plus discutés est l'existence du sang en nature, de sa matière colorante, ou de celle de la bile, dans les urines. Or de ce que j'ai vu par moi-même

ainsi que de l'étude des autopsies et des observations que j'ai pu retrouver, il m'est resté cette conviction que plusieurs cas peuvent se présenter, et que par conséquent pour ne pas confondre des entités morbides qui doivent rester distinctes, il faut admettre deux divisions, l'une comprenant les cas dans lesquels l'urine n'a que l'aspect sanguinolent et l'autre au contraire où les voies génito-urinaires, de même que certaines muqueuses, sont manifestement le siège d'hémorrhagies diverses. Il y a donc des fièvres paludéennes, à *urine malaga seulement* et que je désignerai, pour ne rien préjuger sur la provenance de cette coloration, sous le nom de *fièvres paludéennes mélanuriques* et de fièvres compliquées de véritables hémorrhagies, auxquelles je donnerai le nom significatif de fièvres paludéennes hémorrhagiques.

Je crois du reste devoir y revenir pour éviter toute confusion, dans ces formes graves, la fièvre affectant surtout le type continu, et la rémittence franche n'étant qu'un fait rare, à la Guyane du moins, je leur ai retiré le nom de *rémittentes* sous lequel, probablement, par analogie avec ce qui se passe ailleurs, mes prédécesseurs les ont désignées, pour ne leur laisser que celui de *paludéennes* qui ne préjuge rien sur leur type.

Fièvre paludéenne mélanurique. — Un élément nouveau se réunit à la continue bilieuse pour constituer la *fièvre paludéenne mélanurique*. C'est une altération du sang se manifestant surtout par un passage de sa matière colorante dans les urines et leur donnant une couleur que l'on a généralement désignée sous le nom de *malaga*.

Les opinions ont beaucoup varié sur la nature de la matière colorante qui donne à l'urine cette couleur. On a cru tour à tour, je l'ai dit, à la présence du sang en nature

de la matière colorante de la bile ou de celle du sang. Or dans certains cas que j'ai vus il existait manifestement quelques globules sanguins décolorés, mais ils étaient en quantité si peu considérable qu'en faisant une solution de sang qui en contînt à peu près le même nombre, cette solution était incolore. On ne peut donc admettre dans ce cas que ce fût le sang en nature qui donnât cette couleur. Mais l'existence de ces globules décolorés me semble au moins me permettre de croire que leur matière colorante y contribuait [1].

De plus je ne crois pas que les quelques heures que ces globules ont passé dans la vessie suffisent pour expliquer cette décoloration. Je suis plus porté à croire qu'elle a dû commencer avant de sortir du torrent circulatoire et que par conséquent c'est dans son domaine que se produit l'altération ayant pour résultat de livrer au plasma la matière colorante des globules et lui permettre de s'exosmoser à travers le filtre rénal.

Était-ce là la seule matière colorante contenue dans l'urine ? Le contraire pourrait avoir lieu. Ne voyons-nous pas, en effet, la matière colorante de la bile passer dans les urines, dans tous les ictères ? Ne la voit-on pas quelquefois accompagner l'albumine dans les fièvres graves, dans lesquelles le foie semble cependant rester en dehors du processus, telles que la variole, la fièvre typhoïde ? Quoi d'étonnant donc de la trouver dans une affection dont une lésion des plus importantes a son siège dans le foie ? Mais encore, dans ces cas, l'on ne saurait penser ni à la bile en nature, ni à sa matière colorante normale, car même lorsque cette dernière existe en grande

1. Ces cas me paraissent donc mériter le nom de fièvre paludéenne *hémoglobinurique* ou mieux *hématinurique*.

quantité, les urines ont leur couleur à peu près normale et seuls les réactifs peuvent la déceler.

Ceci établi il faut reconnaître que la fièvre bilieuse mélanurique est devenue rare à la Guyane. Elle atteint de préférence les Européens ayant un certain temps de séjour. Mais elle peut également atteindre ceux qui récemment dans la colonie s'exposent aux coups réitérés du miasme des marais. Elle est caractérisée par une courbe thermique presque continue ne présentant outre celles du matin que des rémissions irrégulières, ne descendant que rarement au-dessous de 39°, par des symptômes bilieux, ictère, vomissements, enfin par des urines albumineuses mais rares et offrant la teinte si connue rappelant le vin de Malaga.

Les principaux symptômes sont les suivants : anorexie, langue blanche et humide bientôt teintée par la bile et tendant à la sécheresse, soif ardente, mais combattue par la volonté du malade qui vomit à la moindre cuillerée de tisane, constipation quelquefois très opiniâtre, suffusion ictérique (safran) très prononcée dès les premiers jours ; gonflement et douleur du foie, gonflement de la rate. Presque au début, vomissements incoercibles de bile provoqués d'abord par les liquides, devenant bientôt spontanés et constituant pour le malade un des symptômes les plus fatigants. Respiration le plus souvent courte au début, accélérée ensuite à cause de la douleur hépatique. Le pouls plein, fort, bondissant, dépasse rarement 100 ; il descend souvent à 90 et même 80. La chaleur est toujours au-dessus de 39 et dépasse généralement 40 le soir. Une rémission peu marquée s'observe tous les matins, mais d'autres et plus accentuées peuvent se produire dans le courant de la journée, mais sans qu'elles aient rien de constant. Les sueurs sont rares et toujours d'un bon augure. Enfin les urines toujours rares, couleur malaga dès le deuxième

ou troisième jour, augmentent de quantité en perdant leur teinte dans la convalescence, tandis qu'elles disparaissent lorsque la maladie s'aggrave. Cette absence d'urine est du pronostic le plus fâcheux. Du moins dans les cas graves et surtout quelques jours avant la mort, elles sont souvent albumineuses et bilieuses. Enfin au milieu de tous ces symptômes, l'intelligence reste intacte; à peine observe-t-on un peu d'exaltation pendant la nuit.

La fin de la scène est annoncée par la suppression de l'urine qui précède de 24 heures environ l'agonie caractérisée par tous les symptômes de l'empoisonnement urémique et particulièrement par les convulsions.

Tels sont les traits principaux de cette affection. Mais on comprendra que la physionomie qui en résulte puisse être, grâce à la prédominance de quelques-uns de ces symptômes, des plus variables.

La fièvre mélanurique ne me paraît pouvoir être confondue avec aucune autre. Elle ne se manifeste que dans les pays infestés par le paludisme et par conséquent pays dans lesquels elle est toujours présente à l'esprit du praticien. La teinte safranée qui survient presque dès le début, les vomissements abondants, le caractère de la fièvre, enfin la couleur des urines ne doivent laisser aucun doute. C'est une des entités morbides les plus faciles à reconnaître.

Son pronostic est d'une gravité extrême. La plupart des cas que j'ai vus se sont terminés par la mort. Comme symptôme aggravant le pronostic, je dois signaler d'abord la persistance des vomissements, ensuite l'apparition d'un frisson bien marqué en plein cours de la maladie, enfin l'anurie.

Le traitement est un de ceux qui demandent le plus de connaissances de la pathologie des pays chauds.

La première indication est de combattre la fièvre et de

tous les moyens c'est le sulfate de quinine qui expose à moins d'insuccès. Il faut que le médecin suive la maladie et profite des moindres rémissions pour l'administrer. Les vomissements rendant l'administration par la voie stomacale impossible, il faut alors songer à la voie rectale et surtout aux injections hypodermiques. De toutes les voies c'est celle qui reste la dernière et qui est la plus sûre. Si les rémissions se font trop attendre, il faut, sans tarder, se contenter de celle qui existe toujours le matin, quelque légère qu'elle soit. Les doses ne doivent jamais être inférieures à 1 gramme chaque fois et peuvent facilement atteindre 3 grammes dans les 24 heures. Si l'on a recours aux injections hypodermiques, il faut se rappeler que les mêmes effets sont obtenus par des doses quatre fois moindres. A côté de la médication quinique se plaçaient autrefois les antiphlogistiques. N'y a-t-on pas renoncé d'une manière trop absolue? Si la constitution presque cachectique de certains individus, que j'ai vus atteints de cette affection contre-indique l'emploi des émissions sanguines, il me semble qu'on pourrait être moins réservé quand il s'agit des malades qui sont atteints peu après leur arrivée et avant d'être trop anémiés. Vu les insuccès nombreux par le sulfate de quinine employé seul, je n'hésiterai pas à y avoir recours.

Mais à côté de cette partie du traitement se trouve celui des symptômes et ce n'est pas celui qui offre le moins de difficultés. La première condition dont il faille s'occuper est d'entretenir la liberté du ventre. Les purgatifs devant, dans ce but, être répétés souvent, je conseille de s'adresser au citrate de magnésie qui, de tous, est celui qui dégoûtera le moins les malades.

Les vomissements, je l'ai dit, constituent un des symptômes les plus pénibles et l'on n'arrive pas toujours à

les suspendre. Il faut tour à tour essayer l'eau gazeuse, le champagne, la potion de Rivière, la glace, les préparations opiacées par les différentes voies, stomacales, épidermiques et endermiques.

Quant à la congestion rénale, on s'en est jusqu'à présent peu occupé et je crois que c'est à tort. J'ai depuis quelque temps obtenu de si bons résultats des émissions sanguines dans les néphrites catarrhales, que je n'hésiterais pas aujourd'hui à les essayer dans l'affection dont je m'occupe, ne fut-ce que contre cette complication. En somme les phénomènes qui toujours terminent la scène sont ceux de l'empoisonnement urémique et ces symptômes, coïncidant avec l'anurie, rendent au moins probable qu'il pourrait ne pas être sans utilité pour le malade de combattre la congestion rénale à laquelle l'anurie est sans doute due.

FIÈVRE BILIEUSE HÉMORRHAGIQUE [1]. — Ce qui caractérise

1. Je n'ai observé aucun cas de *fièvre paludéenne hémorrhagique* bien caractérisée pendant mon séjour. Cependant son existence ne saurait être mise en doute. Les quelques passages suivants suffiront, je l'espère, pour le prouver.

1° 1860, 1er *trimestre. — Archives du conseil de santé. — Dr Chapuis.*

« Ces fièvres (rémittentes bilieuses) s'accompagnent le plus souvent d'une teinte ictérique des plus prononcées avec coloration noire des urines, ecchymoses palpébrales et sous-cutanées. Dans un cas des parotides énormes développées en 48 heures, dans un autre cas des *hémorrhagies par la bouche et l'anus.*

2° 1864, 4me *trimestre.*

« Trois cas de fièvre rémittente bilieuse ont été soignés pendant le trimestre. Un seul a entraîné la mort. C'est chez un soldat qui comptait déjà trois ans de colonie.

» A son entrée il avait déjà depuis plusieurs jours une *fièvre continue.* Aussi la teinte ictérique s'est montrée le 2e jour après son entrée et les *hémorrhagies n'ont pas tardé à paraître.* Le malade a succombé le 9e jour.

» L'autopsie a montré, comme dans les cas analogues, une légère déco-

cette dernière d'une manière pathognomonique, c'est l'hémorrhagie. Or ces hémorrhagies peuvent se produire par diverses muqueuses, et à la Guyane celles qui proviennent de la muqueuse génito-urinaire ne sont peut-être pas les plus fréquentes. Elles ont souvent pour siège une portion quelconque de la surface intestinale. C'est du moins ce qui résulte de mes recherches. Si la forme hématurique pour quelques observateurs a paru la plus fréquente, je l'attribue à ce qu'ils ont regardé comme appartenant à la même individualité morbide et les cas dont je m'occupe et les précédents dans lesquels la coloration de l'urine ne me paraît pas tenir à la présence du sang en nature.

Pour ne pas admettre trop de divisions, je réunirai dans une même étude toutes les formes bilieuses *hémorrhagiques*. Cette manière de procéder, du reste, est d'autant plus logique que ces formes procèdent du même processus, à de légères différences près, et qu'elles relèvent du même traitement.

Ces formes sont caractérisées, je l'ai déjà dit, outre les symptômes les plus graves de la fièvre bilieuse, par des hémorrhagies se produisant sur une ou plusieurs muqueuses.

loration du foie, des caillots ambrés dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux, une injection marquée de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin qui contiennent tous les deux une matière noirâtre analogue à la gelée de groseille. »

3° 1866, 2e *trimestre*. — *Chapuis*.

« En général la marche de la maladie est lente, et lorsque le malade guérit, la convalescence est longue. Les forces ne reviennent que très difficilement. La coloration jaune est toujours très prononcée, mais elle n'a pas la teinte rougeâtre de la fièvre jaune. Les urines sont rares et très foncées, *souvent du sang pur. Des gouttelettes de sang suintent à travers la peau sous la plus légère action des ongles des malades.* Le pouls est fréquent, mais mou et dépressible. Il se forme fréquemment des furoncles, des abcès, des parotidites. »

Comme dans la forme précédente, la teinte jaune safran s'accentue dès les premiers jours. Après une courte période d'excitation, le malade se calme, sans cependant tomber dans une prostration comparable à celle de la fièvre jaune. Mais les vomissements, loin de disparaître, se rapprochent et deviennent plus faciles. A moins d'hématémèse, se traduisant souvent à l'autopsie par de véritables ulcérations, ils restent bilieux. La constipation est opiniâtre ; le foie est douloureux et augmente de volume ; il en est de même de la rate. Le pouls est plein mais dépasse rarement 100. La température oscille entre 39° et 40° 5. Quant aux rémissions, sauf celles du matin, il n'en existe que rarement. En tous cas, surtout dans les formes graves, on ne saurait y compter. Elles ne sont pas prévues dans la marche ordinaire de la maladie. Souvent à ces symptômes se joint une douleur rénale, contusive, intense. Elle est le signe révélateur non douteux d'une lésion des reins que l'on retrouve presque toujours à l'autopsie. Sous son influence, les urines fébriles dès le début diminuent rapidement et contiennent de la matière colorante, de la bile et de l'albumine. Ce n'est que quelques jours après que surviennent les hémorrhagies qui la différencient réellement de la précédente. Celles-ci se produisent le plus souvent par la bouche, l'estomac, mais elles peuvent aussi apparaître, je l'ai dit, par la voie rénale et sur la muqueuse du petit et du gros intestin.

Quand la mort survient, ce qui a lieu le plus souvent, ce sont encore les accidents urémiques qui terminent la scène et qui tout au moins dominent parmi les phénomènes de l'agonie.

Les principales lésions comprennent, outre celles de la muqueuse sur laquelle l'hémorrhagie s'est produite et qui seule varie, celles du foie, de la rate et des reins. Ces organes

sont toujours au moins congestionnés, quelquefois même, surtout pour les reins, trouve-t-on les traces d'une véritable inflammation.

Contrairement à ce qui a lieu pour la forme mélanurique, la forme hématurique n'existe jamais sans une lésion manifeste des reins, mais la vessie reste saine.

Après cette description ne contenant que les traits saillants, on a quelque droit de se demander comment on peut différencier cette affection de la fièvre jaune [1]. J'avoue que le diagnostic est embarrassant. Il le serait moins cependant si la fièvre jaune et la fièvre paludéenne hémorrhagique se présentaient toujours avec cette régularité de ligne qui nous permettrait de nous appuyer sur des différences légères. Mais malheureusement ces deux affections offrent des variations nombreuses et dès lors le clinicien ne pouvant plus même s'appuyer sur des nuances, sur des questions de plus ou de moins, doit rester bien souvent perplexe. Je ne connais, en effet, entre ces deux affections, aucun caractère vraiment différentiel. Aussi, lorsque le paludisme évolue à côté de la fièvre jaune seule une longue expérience et l'absence de toute préoccupation étrangère à l'art pourront dicter au médecin et le diagnostic et son traitement. Une des considérations les plus importantes,

1. 1862, 4e *trimestre*. — *Chapuis*.

« Les fièvres rémittentes bilieuses ont été très graves sur beaucoup de points. Ces fièvres ont une assez grande ressemblance avec la fièvre jaune et il faut être habitué aux affections des pays chauds pour ne pas s'y tromper.

» En effet, elles présentent des vomissements plus ou moins noirs, *un mouvement fébrile continu*, chaleur vive, peau sèche, douleurs sus-orbitaires, gonflement du foie, urines rares, coloration jaune, constipation ou selles nombreuses et noirâtres ; dans quelques cas les selles sont teintées de sang. — La guérison est toujours très rare et la teinte ictérique persiste longtemps. »

c'est que, contrairement à la fièvre jaune, la paludéenne hémorrhagique atteint surtout les anciens coloniaux et qu'il est rare que dans les quelques jours qui ont précédé son apparition ils n'aient pas négligé quelques accès intermittents.

De même que dans la forme précédente, ce sont les organes abdominaux qui sont le plus souvent atteints et cela dans le même ordre de fréquence. Mais ce qui les caractérise, c'est qu'outre une congestion excessive on trouve assez souvent et surtout sur le tube intestinal des traces non douteuses d'hémorrhagie. Je donne plus loin les extraits de quelques autopsies.

Le pronostic est plus grave encore que celui de la forme précédente. Le miasme paludéen semble ici se manifester avec toute sa puissance toxique. Frappant à coups redoublés, il envahit à la 3e ou 4e attaque la totalité de l'organisme et pour ainsi dire le sature. C'est à ce point, que c'est en vain que l'on compterait sur le sulfate de quinine employé d'une manière exclusive. Si le malade offre encore une certaine résistance, il faut braver tous les préjugés et tirer du sang. Peut-on être arrêté par la crainte d'anémier son malade quand sa vie est si dangereusement et si prochainement menacée ? Ce n'est que la conviction que le malade ne pourra pas résister aux émissions sanguines qui doit y faire renoncer. Dans tous les autres cas, la congestion des reins, du foie et de la rate est trop évidente pour que le clinicien n'y trouve pas une indication formelle pour les employer.

En même temps viennent les purgatifs ; mais ils fatiguent le malade et sont souvent inefficaces. Ce n'est que pendant les rémissions produites par ces deux moyens, que le sulfate de quinine donné même à hautes doses peut avoir quelque utilité. Quant aux symptômes, j'ai indiqué ce qu'il

convient de faire pour chacun de ceux qui lui sont communs avec la fièvre mélanurique. Seule, l'hémorrhagie donnera lieu à des indications nouvelles. Je les résume ainsi : augmenter la plasticité du sang par le perchlorure de fer et faire contracter les petits vaisseaux à l'aide des convulsivants et tout particulièrement par l'ergotine de Bonjean.

Observation I [1].

D..., transporté. — Entré à l'hôpital le 12 novembre 1864, mort le 2 décembre à 7 heures 1/2 du soir.

Observation : Cet homme d'une forte constitution, entré le 12 novembre 1864 pour ulcère et fièvre simple, provient des chantiers de M. L.... où il a passé sept années ; il est depuis 10 ou 11 ans à la Guyane. Il mangeait les 3/4 depuis quelques jours.

Le 1er décembre à 2 heures 1/2 de l'après-midi, il est pris d'un frisson violent ; à la contre-visite du soir, à 3 heures, le frisson dure encore, mais la chaleur commence à revenir ; les traits sont tirés et expriment une grande anxiété, les lèvres sont violacées ; courbature générale.

Diète. — Ayapana. — Sulfate de quinine 2 gr., sinapismes, moines aux pieds et le long du corps.

Le 2 décembre, à la visite de 7 heures du matin, toute la surface du corps est d'une couleur jaune-foncé. L'anxiété respiratoire est extrême, la peau chaude, sèche ; le pouls dur vibrant ; la fièvre ne l'a pas quitté depuis la veille ; quelques vomissements bilieux très épais.

Diète. — Ayapana. — Ipéca 2 gr. Calomel 1 gr. Aloès 0,80 en 3 paquets. Sulfate de quinine 2 gr. Vésicatoire à l'épigastre, — pansement avec la morphine. A 3 heures du soir, l'anxiété res-

1. Les observations ou autopsies qui ne portent pas la mention *personnelle* ont été puisées dans les archives du conseil de santé de Cayenne. Souvent je n'en ai donné qu'un extrait.

piratoire a augmenté ; les vomissements produits par l'ipéca ont été abondants, composés uniquement d'une bile épaisse, très colorée. Les quelques selles produites par le calomel et l'aloès sont très abondantes, et composées presque uniquement par de la bile. La fièvre persiste toujours avec la même intensité. A partir de 3 heures, les phénomènes morbides s'aggravent, et à 7 heures du soir le chirurgien de garde, appelé sur la demande du malade qui a conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment, arrive pour constater le décès.

Autopsie. — Teinte ictérique générale très foncée.

Cavité crânienne. — Cerveau pâle, flasque ; les cornes frontales sont un peu ramollies ; un peu de sérosité dans les ventricules ; ramollissement et perte de substance dans le corps rhomboïdal droit du cervelet.

Cavité thoracique. — Les poumons sont hépatisés à la partie inférieure et postérieure ; pas de tubercule.

Le péricarde contient environ 30 grammes d'une *sérosité sanguinolente ;* le cœur volumineux, flasque, présentant quelques *petites taches ecchymotiques*, est distendu par des caillots fibrineux se prolongeant dans les vaisseaux artériels et veineux et dont le poids est d'environ 220 grammes (des caillots ont été trouvés jusque dans la fémorale.)

Cavité abdominale. — L'estomac ne présente rien de particulier. Le foie, d'une couleur jaune-paille, est volumineux ; sa capsule est fortement distendue ; sa consistance est à peu près normale, un peu plus considérable cependant. Le sang dont il est gorgé est d'une consistance sirupeuse, et d'une coloration gelée de groseille foncée ; pas de globules graisseux. La vésicule biliaire contient une bile grumeleuse, épaisse, ayant la coloration du goudron.

La rate est énorme, diffluente ; sa longueur est de 34 centimètres, sa largeur de 18 centimètres ; son épaisseur de 8 à 10 centimètres à peu près ; son poids est de 2,300 grammes.

Les reins de couleur rouge-foncé, considérablement hypérémiés, volumineux, laissent suinter le sang à la pression ; les bassinets en sont remplis.

La vessie contient de 200 *à* 300 *gr. d'urine de couleur malaga et dont la majeure partie est constituée par du sang.* Les intestins sont remplis de bile d'un bout à l'autre.

Observation II.

D..., Eugène, né à Magny, 27 ans, sergent d'infanterie de marine, entré à l'hôpital de Cayenne le 28 mars 1861, mort le 3 avril à 11 heures du soir.

La muqueuse stomacale, surtout celle qui tapisse le grand cul-de-sac, présente une arborisation d'un rouge très foncé. *L'estomac contient* 4 *à* 500 *grammes d'un liquide noir parsemé de grumeaux ressemblants à de petits caillots de sang.* Le malade avait vomis noir au moment de la mort.

Dans les intestins, même matière noirâtre, mais beaucoup plus épaisse. Coloration jaune de tout le tube intestinal. — La muqueuse du côlon transverse présente quelques parties fortement injectées en rouge-foncé.

Le foie hypertrophié, décoloré à l'extérieur, coloré en jaune à l'intérieur, se déchire à la moindre traction. — La vésicule biliaire est pleine d'une bile noirâtre.

La rate est légèrement hypertrophiée.

Observation III.

B..., Jean, transporté, entré à l'hôpital le 9 juillet 1861, mort le 22 à 4 heures du soir.

Foie hypertrophié, d'une couleur jaunâtre à l'extérieur et gorgé d'un sang noir qui s'échappe des diverses surfaces d'incision.

La vésicule biliaire, de grosseur ordinaire, a ses parois considérablement épaissies et contient une bile noirâtre et collante.

Rate normale.

L'estomac est rempli d'une matière liquide abondante couleur de suie. La membrane muqueuse est épaissie et présente des arborisations nombreuses à l'extérieur.

Les intestins sont colorés en jaune à l'extérieur et couverts d'un piqueté noirâtre à l'intérieur.

Aucune trace d'ulcération sur la muqueuse.

Les reins d'un aspect normal sont gorgés de sang. — Les surfaces d'incision sont rouge-foncé.

Observation IV.

G..., transporté, entré à l'hôpital le 10 décembre 1864, mort le 13, à 10 heures du soir.

Le foie a une coloration jaune-citron, il est mou, friable et se laisse déchirer par la plus légère pression.

La vésicule est pleine de bile épaisse, poisseuse, de consistance et de couleur sirop de groseille foncé.

La rate est volumineuse, ramollie, son tissu est noirâtre ; elle pèse 1000 grammes.

Les reins sont sains.

La vessie est pleine d'urine sanglante.

Observation V.

Sch. Michel, 26 ans, soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 14 septembre 1850, meurt le 1er octobre à 3 heures du matin.

Le foie un peu décoloré est d'un volume normal, mais gorgé de sang noir...

L'estomac contient environ 1 litre d'une matière noire et liquide. La muqueuse injectée sur toute la surface offre des plaques nombreuses plus rouges en certains endroits et légèrement érodées. L'intestin dont la muqueuse est aussi très injectée contient une matière noirâtre qui peut être comparée à du jus de groseille.

Observation VI.

V... Eugène, surveillant, entré à l'hôpital de Cayenne le 8 avril 1860, meurt le 29 à 8 heures du matin.

Le foie plus volumineux qu'à l'état normal est d'un rouge sombre. — Son tissu ferme et résistant est gorgé d'un sang noir

qui s'échappe des diverses surfaces d'incision. Le vésicule biliaire est distendue par la bile.

La rate est aussi plus développée qu'à l'état normal. — Son tissu est réduit en bouillie.

La surface extérieure du gros intestin présente de nombreuses plaques ecchymotiques.

Une incision suivant la longueur laisse échapper une *bouillie épaisse et noire qui rappelle le sang corrompu*. Ce résidu, en effet, doit être considéré comme tel, si l'on songe aux hémorrhagies intestinales dont le malade avait été atteint dans la dernière portion de sa maladie.

La muqueuse mise à nu laisse voir de *nombreuses ulcérations plus ou moins larges*, plus ou moins profondes et dont quelques-unes arrivent jusqu'à la tunique séreuse. Ces ulcérations pour la plupart sont le centre de larges ecchymoses noirâtres dont le nombre et l'étendue augmentent à mesure qu'on se rapproche de la fin du gros intestin.

Observation VII.

Pl..., transporté, entré à l'hôpital le 11 novembre 1860, meurt le 16 à 9 heures du soir.

L'estomac est énorme et renferme une grande quantité d'un liquide verdâtre.

Les intestins n'offrent rien de particulier.

La rate est volumineuse, noire et non diffluente.

Le foie est pâle, le sang qu'il contient a une coloration vermeille. — La bile est noire et filante.

Le rein gauche est difforme et volumineux. Il contient du sang vermeil. Il en est de même du rein droit. — Pas de pus.

La vessie renferme une certaine quantité d'urine sanglante.

CHAPITRE XIV

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES. — LOCALISATIONS SUR L'ÉPIDIDYME

Après les complications ayant leur siège plus particulièrement dans le foie et avant d'aborder l'étude des formes graves confondues sous le nom expressif d'accès pernicieux, je tiens à parler de quelques localisations moins importantes dont une a pour siège l'épididyme et les autres les téguments.

Congestion et inflammation de l'épididyme. — Avant d'avoir observé à la Guyane, la pensée d'admettre une congestion de l'épididyme d'origine paludéenne m'eût, je l'avoue, trouvé quelque peu incrédule. C'est qu'en effet, je n'avais pas encore adopté les idées que j'ai exposées. Mais si l'on admet ces idées sur le processus de l'accès paludéen et ses complications, je ne vois pas ce qu'il y a de contraire à la logique de croire, que ce qui se passe pour le foie et les reins, et, comme nous le verrons bientôt, dans le poumon, le cerveau, etc., puisse se passer dans les organes génitaux.

Ce ne sont plus là, du reste, de simples hypothèses. J'ai vu bien des fois les faits dont je parle et les ai fait souvent remarquer à mes collègues, mes contemporains à la Guyane, qui, à leur tour, une fois leur attention éveillée sur ce point, m'en ont signalé des exemples.

Je n'ai vu, jusqu'à présent, la congestion de l'épididyme

compliquer que les accès de fièvre intermittente. Ce sout les soldats d'infanterie de marine chez lesquels j'ai recueilli la plupart de mes observations.

Sur le déclin d'un accès de fièvre, qui n'a paru rien préseuter de particulier, sous le rapport de l'inteusité ou de la durée, le malade se plaiut de douleurs assez vives du côté des bourses. L'examen fait alors remarquer que l'épididyme d'un côté est tuméfié, empâté et douloureux à la pression, sans toutefois que la douleur offre le caractère d'acuité que présentent ses inflammations traumatiques ou blenuorrhagiques. La peau, quoique teudue, l'est également moins que daus ces deruières affections.

La premièrefois que j'observai cette complication, vu le peu de tension de la peau et l'état relativement indoleut de la tumeur, je crus pouvoir me dispeuser d'une application de sangsues et me contenter de légères ouctions mercurielles. Quelques jours après, eu effet, la fièvre n'étant pas revenue, le gouflement avait complètement disparu.

J'avais plusieurs fois interrogé le malade sur ses autécédents vénériens et malgré des réponses négatives, je m'atteudais au retour de l'uréthrite après la disparition de ce que je prenais pour une orchite blennhorragique; mais il n'en fut rien.

Bientôt même des cas identiques se présentèreut à mou observation, et je pus alors, non seulemeut me convaincre que c'était bien sous l'influeuce de la fièvre que se développaient ces gonflemeuts épididymaires, mais aussi que la plupart du temps ce n'étaient que des cougestious, et établir ainsi un diagnostic différentiel. Quelques cas que j'ai vus ensuite m'ont enfin prouvé que lorsque la cougestion est plusieurs fois répétée, soit à de longs iutervalles soit dans des accès survenant coup sur coup, à la

congestion peut succéder une inflammation légère se traduisant par une induration qui persiste pendant assez longtemps. On pourrait donc observer et la congestion et l'inflammation de l'épididyme.

La première disparaît dans un temps relativement très court. Quelques jours lui suffisent et le malade sans avoir à s'en occuper reprend le cours de ses occupations.

Fait sur lequel j'appelle l'attention, c'est qu'une première atteinte prédispose le malade à de nouvelles. De sorte que, chez certains malades, on constate une véritable *congestion de l'epididyme à répétition.*

Le diagnostic de cette complication et de son origine paludéenne est basé presque en entier sur les commémoratifs. Mais, en outre, je dois rappeler certaines particularités telles que moins de tension, moins de douleur et surtout une plus prompte résolution.

Le pronostic ne m'a paru présenter chez les Européens que peu de gravité. Cependant dans les recherches que j'ai faites sur ce sujet, j'ai trouvé quelques cas d'hydrocèle qui ne me paraissent pas avoir d'autre origine, et de plus je pense que lorsque des indurations subsistent, elles ne doivent pas être sans gêner la perméabilité des canaux de l'épididyme. Enfin la constatation de ces complications, quoique légères, survenues chez les Européens, m'ont permis de penser que c'est peut-être par le même processus que se développent ces hypertrophies éléphantiasiques de tout le scrotum si fréquentes chez la race noire et tout particulièrement chez les nègres Boschs qui habitent les rives du Haut-Maroni.

J'ai pu, en effet, d'une part m'assurer bien souvent, après les ponctions palliatives que je pratiquais de leurs hydrocèles, que ces tumeurs, dont quelques-unes descendaient jusqu'aux genoux, étaient constituées, une fois vi-

dées, par un gonflement considérable de l'épididyme ; et ensuite il m'a été donné de voir plusieurs fois ces tumeurs être le siège d'un véritable processus inflammatoire de la même nature que ceux qui surviennent de temps à autre dans l'éléphantiasis du pied.

Le pronostic de la congestion et de l'inflammation paludéennes de l'épididyme s'aggraverait donc considérablement, si on pouvait les regarder comme le point de départ de ces dégénérescences si graves.

Le traitement tout au moins des congestions est des plus simples. Je n'ai jamais été forcé, je le répète, d'employer les émissions sanguines ; quelques onctions fondantes m'ont toujours suffi.

CHAPITRE XV

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES (*suite*). — LOCALISATIONS SUR LE SYSTÈME CUTANÉ

Je réunirai dans ce chapitre les localisations sur le tissu cellulaire sous-cutané, sur les tumeurs éléphantiasiques et enfin sur les plaies et sur les ulcères.

Abcès — La première de ces complications est constituée par de véritables abcès se produisant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je ne l'ai observée que chez des Arabes fortement anémiés et moins souvent que la précédente.

Sous l'influence d'un accès intermittent, on voit survenir chez ces malades de vastes collections purulentes et cela dans l'espace de 24 heures. Elles sont souvent multiples et peuvent se présenter sur toutes les régions. La peau intacte conserve sa couleur naturelle. On pourrait croire à première vue à des abcès froids. Fait singulier, et qui ajoute encore à ce que ces complications ont de surprenant, lorsque ces abcès sont peu étendus ils se résorbent facilement. Si, par contre, ils sont vastes, ce qui a souvent lieu, il faut les vider ; mais la guérison en est très prompte. J'en ai été étonné. Le pus que l'on obtient par les ponctions est bien lié, sans trop d'odeur, et les collections qui le contiennent ne paraissent faire souffrir le malade que médiocrement.

Éléphantiasis. — L'idée de considérer l'éléphantiasis comme le résultat de congestions successives, s'effec-

tuant sous l'influence du miasme paludéen, m'est venue en soignant plusieurs malades de couleur, mais presque blancs, atteints de cette affection que l'on désigne dans le pays sous le nom d'érysipèle.

Chez ces malades, qui tous se considéraient comme exempts de fièvre intermittente, j'observais cependant, de temps à autre, des mouvements fébriles qui toujours étaient suivis d'un mouvement érysipélateux du côté de la tumeur. L'apparition de cette rougeur était même considérée comme d'un bon augure, parce qu'elle annonçait la fin de la fièvre. Cette fièvre, du reste, débutait par une période de chaleur durant de 6 à 24 heures, se terminait par des sueurs profuses, revenait par périodes et affectait exactement la même marche que les accès paludéens chez les personnes soumises depuis longtemps à l'intoxication, c'est-à-dire qu'elle se montrait régulièrement pendant plusieurs jours pour disparaître et revenir ensuite et d'une manière moins régulière. Enfin elle cédait au sulfate de quinine.

Cette identité dans la marche, l'efficacité du sulfate de quinine, enfin et surtout, l'antagonisme apparent entre ces mouvements fébriles et les accès paludéens devinrent pour moi des faits de plus en plus probants.

Aussi à la fin de mon séjour tous mes doutes avaient-ils disparu, et les arguments que je donnais bien souvent devant mes collègues avaient-ils fini par ébranler quelques-uns d'entre eux. Quant à moi, je le répète, je ne conserve plus de doutes à cet égard ; je dirai plus, c'est que l'étude attentive de cette affection est devenue une preuve de plus à l'appui du rôle que je fais jouer aux congestions locales dans le paludisme.

Cette complication n'est pas seulement le propre des créoles. Elle peut également, quoique rarement, atteindre

des Européens comptant de nombreuses années de séjour dans les pays chauds, et s'étant exposés pendant longtemps, par l'habitude de marcher nu-pieds, aux chocs incessants et à la chaleur du sol. J'ai vu, dans le service des transportés européens, pendant mon premier séjour à Cayenne, un homme, qui était à la Guyane depuis 12 ans et qui était atteint d'un onyxis ulcéreux de plusieurs orteils, présentant tous les caractères de l'éléphantiasis dans tous les orteils et la moitié métatarsienne du pied. C'était le gros orteil qui était le plus atteint. Ce dernier avait plus de trois fois son volume. Tous les tissus compris dans cet espace étaient toujours un peu rouges. La peau était dure, rugueuse et fendillée aux sommets des espaces interdigitaux. Aucun des caractères ne manquait. Or tous les traitements restèrent impuissants pour guérir son onyxis. Il était, en effet, de plus soumis à des retours d'accès fréquents et chacun d'eux, en même temps qu'il donnait à la plaie un aspect gangréneux, produisait sur tous les tissus environnants de la tension et une rougeur intermédiaire à l'érythème et à l'érysipèle. Enfin, quoique la durée de cet état ne fût que de quelques jours, il laissait toujours après lui le volume de ces parties légèrement augmenté.

Je tiens cependant à dire que quelque convaincu que je sois de l'influence du paludisme sur le développement, et peut-être sur l'apparition de ces cas d'éléphantiasis, je ne voudrais point laisser croire que ce sont là les seules causes que je lui reconnaisse. L'éléphantiasis existant dans de nombreux pays non paludéens, il ne saurait y avoir le moindre doute à cet égard.

Ulcères et plaies. — Mes idées sur les congestions et les inflammations locales se manifestant sous l'influence

des accès paludéens, trouvent enfin une nouvelle preuve dans les modifications qu'ils impriment aux plaies. Ce sont là des faits, auxquels on ne saurait, comme pour les précédents, reprocher d'être rares. Ils ne sont, au contraire, que trop fréquents.

Sous l'influence d'un accès de fièvre, une plaie, un ulcère de bonne nature changent subitement d'aspect. Leurs bords se boursouflent, deviennent rouges et gorgés de sang. La surface saigne et se recouvre d'une couche pultacée ou gangréneuse ; souvent même les parties environnantes se mortifient.

La plaie, l'ulcère, au point de vue qui m'occupe, doit être considéré comme un organe isolé du reste de l'organisme, ayant sa vie et sa circulation propres. Sous l'influence dum iasme paludéen, tout le système circulatoire est paralysé et partant disposé à la congestion. Après ce mouvement de paralysie, le tout peut rentrer dans l'ordre sans qu'aucun organe reste atteint. Mais n'est-il pas naturel d'admettre, que si, pour une raison quelconque, un organe ou une partie de l'organisme offre moins de force de réaction, la congestion pourra persister sur ce pointde l'organisme, sur cet organe, et s'accentuer d'autant plus que le reste du système circulatoire revient à l'état normal ?

Or si une plaie, qui est nourrie par un riche réseau de vaisseaux, existe en ce moment, ne voit-on pas là une disposition organique devant, pour ainsi dire, appeler, attirer, provoquer cette congestion ?

Cette complication des plaies est tellement sous l'influence de l'accès paludéen, que tous les chirurgiens savent que c'est en vain qu'ils dirigeront leurs efforts sur la plaie tant que la fièvre ne sera pas coupée. Il faut la combattre le plus énergiquement possible parce qu'à chaque

accès la situation locale s'aggrave. Les purgatifs et le sulfate de quinine doivent être employés concurremment.

Quant au traitement local, tant que dure la fièvre, on ne doit avoir pour but que de désinfecter la plaie. Il faut la débarrasser des parties gangreneuses, au fur et à mesure qu'elles se forment, la laver avec soin avec des solutions désinfectantes, et la panser avec des substances ayant les mêmes propriétés. La poudre composée de charbon, camphre et quinquina est la plus propre à remplir ce but. Quand la fièvre diminue, il est temps d'employer les modificateurs ; jusque-là leur emploi doit être considéré comme inutile.

CHAPITRE XVI

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES (*suite*). — LOCALISATIONS SUR LES ORGANES IMPORTANTS. — ACCÈS PERNICIEUX

Généralités. — Dans les différents cas que je viens de passer en revue, les phénomènes de localisation compliquant les fièvres paludéennes avaient élu des organes assez peu importants pour que la vie ne fût pas toujours sérieusement compromise. Dans ceux qui me restent à parcourir, au contraire, ce sont les organes dont le fonctionnement est indispensable à la vie qui sont en cause, et, je l'ai dit, c'est le danger qui en résulte qui, en grande partie, justifie pour les différents processus pathologiques dont ils sont le siège, le nom *d'accès pernicieux*.

L'usage a donc prévalu de confondre sous ce nom des entités pathologiques les plus diverses. Elles n'ont, en effet, de commun, outre leur gravité, que le principe toxique dont elles sont les manifestations.

Envisagées à tout autre point de vue, ces entités ne diffèrent pas seulement entre elles par les organes qui en sont le siège, mais aussi par la différence de processus pathologique dont chacun d'eux peut être atteint. Ce ne sont pas seulement le cerveau, le poumon, etc., qui peuvent à l'autopsie révéler la cause de la mort ; mais dans ces mêmes organes, nous pouvons trouver de la congestion, de l'épanchement, des hémorrhagies, de l'inflammation, etc.

Ce grand nombre d'organes pouvant être atteints d'une

part, et d'autre part la multiplicité des lésions qu'ils peuvent présenter, expliquent assez la grande variabilité de l'expression symptomatologique de ces affections et l'embarras que l'on a toujours éprouvé quand on a voulu les comprendre dans une même étude. Cette variabilité des caractères, et la difficulté d'étude qui en résulte se comprendront bien mieux encore si l'on tient compte, qu'outre les formes que je pourrrais appeler simples, représentées par une lésion bien déterminée, existant dans un organe unique, des lésions différentes peuvent siéger simultanément sur plusieurs organes, et que dans cette voie toutes les combinaisons peuvent être réalisées.

Aussi, je le répète, grand est souvent l'embarras du médecin au lit du malade pour caractériser l'affection, et plus tard pour la décrire.

De là vient aussi le nombre considérable de noms que l'on trouve dans les rapports des médecins qui ont exercé dans les pays paludéens, multiplicité qui nous révèle celle des faits observés et qui est justifiée par la prédominance d'un ou plusieurs symptômes donnant à chaque accès sa physionomie spéciale.

Ainsi se sont constituées les différentes formes d'accès pernicieux qui ont reçu le nom de soporeux, comateux, algides, etc. Mais, il faut l'avouer, pendant que l'étude de la symptomologie ajoutait tous les jours à cette classe de maladies quelque espèce nouvelle, celle de l'anatomie pathologique restait bien en arrière. Aussi, dans beaucoup d'ouvrages, même des plus récents, quoique la symptomatologie des divers accès pernicieux soit donnée dans des chapitres séparés, l'anatomie pathologique reste confondue dans une même description, et ainsi se perd tout l'intérêt que trouvent le clinicien et le savant à mettre la lésion en regard des symptômes, et à en déduire les expli-

cations physiologiques, ainsi que les conséquences thérapeutiques.

Je dirai plus, c'est que les auteurs semblaient être si dominés par l'identité de la cause et l'uniformité du traitement, qu'ils ne se préoccupaient des variations des lésions, qu'ils considéraient comme un fait habituel et sans importance, qu'au point de vue du diagnostic différentiel et du pronostic.

Or, les autopsies que j'ai faites m'ayant laissé la conviction que toujours les symptômes concordaient avec les lésions dont ils n'étaient que les manifestations plus ou moins bien comprises, faisant aux accès pernicieux une application nouvelle de mes idées sur les phénomènes de localisation, j'ai été conduit à me demander quelles étaient les lésions spéciales qui correspondaient à chaque expression symptomatologique, et en me basant sur ces lésions, si on ne pourrait donner de ces syndromes, si variables, une classification vraiment anatomique.

Pour cela, comme le nombre des accès pernicieux dont l'observation m'était personnelle était forcément restreint, j'ai eu la pensée de recueillir indistinctement les autopsies faites à Cayenne depuis plus de 20 ans et de rechercher si pour ceux qui d'après leur expression symptomatologique ont reçu le même nom, je trouverais les mêmes lésions.

Or, mes prévisions, sans avoir été toujours justifiées, l'ont été dans une moyenne de cas assez nombreux pour que je puisse dès maintenant faire connaître ces résultats, ne serait-ce que pour appeler l'attention de mes collègues des colonies sur ce point.

Division — La division que je me propose pour les accès pernicieux est donc purement anatomique.

Les trois groupes principaux correspondent aux trois cavités splanchniques. Ce sont :

1° *Les accès cérébro-rachidiens* ; 2° *les accès thoraciques*; 3° *les accès abdominaux*.

Le premier groupe est de beaucoup le plus nombreux. Il comprend une foule de syndromes auxquels les pathologistes ont donné des noms différents, et qui d'après l'organe qui est plus ou moins atteint, peuvent admettre trois divisions :

1° *Les formes cérébrales* ; 2° *les formes cérébelleuses* ; 3° *les formes rachidiennes*.

Le second groupe comprend lui-même plusieurs divisions suivant que l'un quelconque des organes contenus dans la cavité thoracique est plus particulièrement atteint. Nous aurons ainsi les formes *pulmonaires*, *pleurétiques*, etc.

Enfin, quoique avec des localisations moins exactes, les formes abdominales se subdiviseront elles-mêmes en formes *dysentériques*, *cholériques*, etc., selon que le gros ou le petit intestin, ou bien encore tel organe sera plus ou moins affecté.

Cette division serait, on le voit, et des plus simples et des plus naturelles. Mais la nature, et surtout la nature morbide, ne se plie pas aussi facilement à nos classifications. Il peut arriver que les phénomènes de localisation ne se limitent pas à un organe, mais en atteignent plusieurs de la même cavité, ou même plusieurs contenus dans des cavités différentes. Aussi, pour tenir compte de ces cas, ai-je créé des formes mixtes, comprenant les formes *cérébro thoraciques* et *thoraco-abdominales*.

Ce n'est là, du reste, qu'une complication bien peu importante de la classification que je propose, et qui, loin de diminuer son mérite, ne peut que mieux le faire ressortir,

en faisant voir avec quelle facilité et quelle exactitude elle se prête à la diversité des cas qu'elle doit englober.

Telle est la division que je propose, tout en avouant dès maintenant qu'elle n'est pas à l'abri de toute objection, et qu'il peut se faire que certaines formes, qui, au point de vue symptomatologique ont reçu le même nom, ne présentent pas à l'autopsie exactement les mêmes lésions. C'est ce qui résulte parfois de l'examen des autopsies que j'ai recueillies. Mais ces faits sont plus rares qu'on ne pourrait le croire, et je pense qu'ils le deviendront encore davantage quand plus de méthode présidera aux recherches nécroscopiques. De plus, même ces difficultés d'interprétation subsisteraient-elles, je pense qu'elles seraient insuffisantes pour faire rejeter une classification qui comprend le plus grand nombre de cas. C'est là un fait qui se présente pour toutes les classifications s'adressant à des phénomènes naturels. Il est rare qu'au début un certain nombre de cas ne restent pas en dehors des divisions établies.

Aussi quoique imparfaite, je pense que la classification que je propose peut encore rendre des services en faisant saisir les liens de parenté qui existent entre les différentes formes, en guidant le médecin dans l'application de ses moyens thérapeutiques, et ensuite en provoquant des recherches qui pouront bien infirmer quelques-uns des faits que j'avance, modifier quelques-unes de mes subdivisions, mais qui, je le crois, même dans ce cas ne feront que mieux ressortir le principe général qui lui sert de base, celui de la localisation anatomique des complications.

Fréquence et gravité. — Dans une statistique que j'ai faite, comprenant 28 trimestres appartenant aux années qui s'étendent de 1862 à 1877, j'ai trouvé un

total de 244 décès dus aux accès pernicieux (tableau n° 4.)

Les formes sous lesquelles ils se présentent sont des plus variables. Dix-sept figurent sur cette même statistique et cependant la liste n'est pas complète.

Quelque nombreuses qu'elles soient cependant, ces formes peuvent être groupées dans chacune des trois grandes divisions que j'ai admises.

De ces trois groupes, qu'il s'agisse du nombre de cas, de décès ou de formes, c'est le premier qui l'emporte de beaucoup sur les deux autres.

Dans une autre statistique comprenant 7 trimestres appartenant aux années 1862, 1864 et 1865, trimestres pendant lesquels on a tenu compte en même temps et de la forme des accès et des décès, on trouve que sur un total de 156 cas, 135 appartiennent aux organes cérébro-rachidiens, 13 aux thoraciques et 8 aux abdominaux.

L'ordre n'est plus tout à fait le même s'il s'agit des décès. Ce sont toujours les organes cérébro-rachidiens qui tiennent le premier rang, mais les thoraciques cèdent le second aux organes abdominaux. Sur 77 décès à la suite de ces 156 cas, 65 appartiennent aux cérébro-rachidiens, 6 aux abdominaux et 3 seulement aux thoraciques. Enfin on peut voir que les formes abdominales occuperaient de beaucoup le premier rang, si on rangeait ces trois groupes par ordre de gravité ; car sur 8 cas elles ont donné 6 décès, tandis que les cérébro-rachidiennes n'en ont donné que 65 sur 135, et les thoraciques 3 sur 13.

Si maintenant nous comparons entre elles les formes qui entrent dans chacun de ces trois groupes, on trouve de nouveaux faits intéressants. Cette statistique établit, en effet, que si des trois formes principales, les algides, les comateuses et les ataxiques, qui appartiennent aux or-

ganes cérébro-rachidiens, la forme algide est la première comme fréquence, la comateuse l'est comme mortalité; qu'enfin l'ataxique, inférieure aux deux précédentes comme fréquence et comme nombre de décès, se relève par son extrême gravité. C'est ce qui ressort des chiffres suivants :

FORMES	CAS	DÉCÈS
Forme algide......	78	23
— comateuse...	35	25
— ataxique.....	22	17
Total......	135	65

Des deux formes abdominales, l'une, la dysentérique, n'est représentée que par un cas suivi de mort, et il est difficile d'en parler d'après cette statistique. Quant à l'autre, la typhoïde, elle a donné 5 décès sur 7 cas, et se place par conséquent, comme gravité, immédiatement après les formes ataxiques qui de toutes paraissent les plus graves.

Il nous faudrait maintenant, pour être complet, aborder dans autant de chapitres séparés l'étude de chacune de ces formes, et rechercher quelle est leur topographie, quels sont les symptômes dominants, leurs lésions caractéristiques, etc.

Mais une pareille étude, je l'avoue, me paraît en ce moment en disproportion avec les matériaux que j'ai pu re-

cueillir et mon temps de séjour dans cette colonie. Cependant, comme je crois que ce travail ne peut être complété que par l'apport successif de plusieurs observateurs, je me propose de réunir dans chacun des chapitres consacrés à ces formes, et cela avec d'autant plus de soin qu'ils sont plus rares, tous les documents, observations, autopsies, les concernant, laissant à d'autres le mérite d'achever l'œuvre que je ne fais qu'ébaucher.

Quelques-uns de ces chapitres resteront donc forcément incomplets, mais je crois que mieux vaut encore mériter ce reproche que de dépasser les bornes qu'impose une consciencieuse observation.

CHAPITRE XVII

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES *(suite)*. — LOCALISATIONS SUR LE CERVEAU ET SES ENVELOPPES

ACCÈS PERNICIEUX CÉRÉBRAUX

Je décrirai dans ce chapitre :

1° *Les accès pernicieux comateux,*
2° *Les accès pernicieux algides,*
3° *Les accès pernicieux ataxiques,*
4° *Les accès pernicieux cérébraux et délirants,*
5° *Les accès pernicieux cérébraux apoplectiques,*
6° *Les accès pernicieux cérébraux congestifs.*

ACCÈS COMATEUX

Si je m'en tenais à mes souvenirs, de toutes les formes d'accès pernicieux ce serait la comateuse qui serait la plus fréquente. Ce n'est pas cependant ce que prouve la statistique que j'ai déjà citée. D'après ce relevé, en effet, c'est la forme algide qui occupe le premier rang et cela avec une prédominance tellement marquée, qu'elle doit être considérée comme indiscutable même en tenant compte des variations auxquelles sont toujours sujets de pareils calculs. De même que les autres accès pernicieux, et d'après moi plus qu'un autre, le comateux ne se montre jamais comme symptôme initial du paludisme. Il en est bien plutôt une manifestation tardive. La plupart des hommes

qui en ont été atteints étaient dans la colonie depuis longtemps, et même arrivés à la période chronique de l'infection paludéenne. Cette forme m'a paru être celle qui de préférence atteint les vieux colons et même les hommes de couleur.

Quant à la forme de la fièvre, je crois que toutes y prédisposent également. Du reste, si on veut bien se rappeler ce que j'ai dit en commençant, on verra que dans la période chronique pendant laquelle les accès se montrent, c'est la forme atypique qui existe toujours.

L'accès comateux peut commencer de deux manières bien différentes. Tantôt il s'établit d'emblée et presque sans prodromes chez une personne depuis longtemps soumise à des accès irréguliers, ou bien il survient comme une complication de quelque accès bien constaté.

Dans le premier cas quelques heures suffisent pour que le malade soit dans le coma le plus complet. Je l'ai vu succéder au sommeil, sans aucun signe révélateur.

Une dame créole de couleur, qui dut sa vie aux injections hypodermiques, se couche après son déjeuner pour faire la sieste, selon ses habitudes. Ses parents trouvant que le repos se prolonge trop, entrent dans son appartement et la trouvent en proie à un accès comateux des mieux caractérisés.

Dans le second cas, quelques accès ont eu lieu, puis un autre recommence. Rien ne fait prévoir qu'il doive se terminer autrement ; mais bientôt une tendance invincible au sommeil se présente et le coma s'établit dans quelques heures.

Quel que soit le début, la période d'état est toujours la même. Le malade est comme endormi ; la respiration est calme et régulière, la peau chaude, mais sans exagération, le plus souvent humide. Le pouls calme ne dépasse pas 100 :

il est le plus souvent à 90. Mais il est plein et bondissant. La température peut dépasser 40° mais le plus souvent se tient entre 38° 5 et 39° 5. Les pupilles sont dilatées mais contractiles. Les muscles sont en résolution et les sphincters fermés. Enfin les sens et les facultés intellectuelles complètement anéantis. Lorsque l'accès est bien confirmé, il est impossible de tirer le malade de l'anéantissement dans lequel il est.

Dans les cas moins graves, et lorsque l'affection marche vers la guérison, on peut, par des excitants cutanés, sinapismes, cautérisations, etc., rappeler les malades pendant quelques instants, mais ils retombent souvent dans la torpeur. Peu après cependant, dans ce cas, le coma cesse et le malade revient à lui comme s'il sortait d'un sommeil profond. Lorsque la mort doit terminer la scène, le coma devient de plus en plus profond, la respiration s'accélère, s'embarrasse et le malade succombe soit insensiblement dans cet état soit après quelques convulsions.

La durée de l'accès comateux varie de quelques heures à 36 heures ; mais il faut toujours mal augurer d'un coma qui résiste à nos moyens pendant plus de 12 heures.

Une symptomatologie aussi nette, aussi tranchée, rend l'étude du diagnostic facile. Un seul écueil est à éviter, c'est de confondre avec la forme comateuse quelques formes pour lesquelles le coma n'est que la dernière phase. De ce nombre sont surtout les formes ataxiques. Mais la constatation des phénomènes d'excitation du début enlèvera facilement tout doute à cet égard. Il suffit de signaler cette cause d'erreur pour la faire éviter.

Notre statistique ne nous laisse aucun doute sur la gravité du pronostic. De toutes les formes c'est celle qui donne le plus de décès, 78 sur 244, soit presque un tiers du total. Elle en donne même plus que l'algide qui n'en

compte que 75, quoique cette dernière soit au moins deux fois plus nombreuse [1]. C'est ainsi que sur le tableau récapitulatif, page 104, les fièvres algides y figurent pour 78 cas et les comateuses pour 35 seulement ; et cependant sur ces cas les premiers n'ont donné que 23 décès, tandis que les comateuses en ont donné 25.

Ce qui caractérise l'anatomie pathologique de l'accès comateux, *ce sont les épanchements séreux du côté des méninges, surtout de la convexité*. Puis viennent, mais au second plan, le piqueté sablé de la substance blanche du cerveau et la teinte plus foncée de la substance grise.

Quant aux autres lésions cadavériques, trouvées dans la poitrine et l'abdomen, elles n'ont ici qu'une signification secondaire et doivent être considérées seulement comme révélant des complications tout à fait variables et fortuites.

Avant la découverte de la voie hypodermique, grand était l'embarras du médecin devant un accès de ce genre. Outre les moyens destinés à ramener la sensibilité, boissons chaudes et excitantes, révulsifs cutanés, cautérisations diverses, le sel de quinine était administré aux doses les plus élevées et en même temps par la voie stomacale, sous forme de potion, la seule possible, en lavements, en frictions, et enfin par la méthode endermique. Mais, avouons-le, l'estomac et l'intestin restaient bien souvent inertes et les autres voies n'offraient que peu de ressources pour des cas pressants. Aujourd'hui on ne saurait hésiter ; c'est aux injections hypodermiques qu'il faut s'adresser immédiatement. Il est peu de circonstances où elles puissent être mieux indiquées.

L'administration du sulfate de quinine par cette voie, outre qu'elle offre plus de garantie pour l'absorption, a de

1. Tableau n° 4.

plus l'avantage de laisser libre pour d'autres médications l'estomac, la peau et le gros intestin.

C'est par elle que je commençais le traitement ; presque en même temps je donnais des lavements purgatifs pour débarrasser l'intestin et produire une dérivation. Puis pendant que ces lavements étaient plusieurs fois répétés, des frictions sèches étaient faites sur les membres et des potions excitantes administrées.

La solution dont je me servais à la Guyane contenait 0 gr. 10 de sel par gramme d'eau et le sulfate était rendu soluble par l'acide sulfurique. J'injectais par place de 20 à 30 gouttes et je multipliais assez les injections pour introduire chaque fois de 0 gr. 240 à 0 gr. 40 de sel de quinine.

J'aimais mieux, comme on le voit, multiplier les injections que de me servir d'une solution plus concentrée. Il est possible que ce soit ainsi qu'il faille expliquer l'innocuité complète des injections que j'ai faites. Je ne les ai vu provoquer de la rougeur et une tuméfaction légère qu'une fois pendant mes deux ans de pratique.

Observation VIII (*personnelle*).

E..., d'origine arabe, entré à l'hôpital de Cayenne le 12 octobre 1876, atteint de fièvre intermittente irrégulière.

Le malade qui ne compte cependant que 3 ans de Cayenne est fortement anémié.

Le jour de son entrée, il a un fort accès de fièvre qui se prolonge pendant la nuit. — Sulfate de soude 45 grammes, sulfate de quinine 1 gramme après l'accès.

13 octobre. — Un peu de mieux ce matin, — la fièvre est tombée mais elle reprend par le frisson vers 3 heures de l'après-midi et se prolonge jusqu'au lendemain. — Sulfate de quinine 1 gramme 75 à prendre après l'accès.

14 octobre, 8 heures du matin.— La fièvre dure encore. — 45 grammes de sulfate de soude et 1 gramme de sulfate de quinine.

15 octobre. — La fièvre est tombée. — Chocolat, 1[2 quart pour régime. — viande crue 100 grammes et 75 cent. de sulfate de quinine.

16 octobre. — Quart de tout, lait pour boisson (Sa religion lui défendait de boire du vin). 4 grammes de poudre de quinquina.

18 octobre. — La matinée est bonne et le malade a le même régime. Mais vers 5 heures du soir il est repris par un accès de fièvre qui paraît léger. Cependant la nuit est agitée et, vers 6 heures du matin il perd connaissance ; à 8 heures le pouls est très petit, irrégulier, à 80, la température à 38 et la respiration normale.

Bouillon. — Lavement purgatif ; 2 grammes de sulfate de quinine.

10 heures du matin. — Pouls irrégulier, 76°; température 38° 5.

3 heures du soir. — Mieux léger. Pouls irrégulier à 72, température, 37° 8.

6 heures du soir. — Le malade répond aux questions. — Pouls régulier à 88°, température 38°.

9 heures du soir. — Le mieux s'est accentué ; pouls à 104°, température, 38° 2.

19 octobre matin. — La nuit a été assez tranquille, mieux très marqué ce matin.

L'acide azotique dénote la présence dans les urines de la matière colorante de la bile et d'un peu d'albumine.

Pouls très irrégulier ; il semble s'arrêter toutes les 3 ou 4 pulsations. — Pouls 80, température à 38° 3, céphalalgie très vive. Chocolat, — bouillon, — lait, — sulfate de quinine 2 grammes.

20 octobre, 8 heures du matin. — Le malade a dormi et se trouve beaucoup mieux ; température 37°. Il demande à manger.

Chocolat, — soupe, — lait, — sulfate de quinine 1 gramme et potion avec 2 grammes d'extrait de quinquina.

Midi. — Syncope, puis commencement d'un accès de fièvre ; délire et perte de connaissance quelques instants après.

A 4 heures le pouls est à 116, la température à 39° 4. 2 gr. de sulfate de quinine ; à deux heures du matin, coma complet. A 6 heures le malade meurt.

Observation IX (*personnelle*).

B..., 49 ans, résident volontaire. — 17 ans de Guyane. Très anémié. Cet homme se couche le 17 octobre 1876 avec un accès de fièvre très fort qui se continue pendant la nuit.

A 5 heures du matin, il perd connaissance ; — thé punché, — 3 grammes de sulfate de quinine. Je vois le malade à 8 heures, même état, le pouls est à 112 et la température à 38° 3 ; lavement purgatif et sinapisme.

A 10 heures, la respiration se ralentit. Un peu de transpiration. — Pouls, 108 ; température, 38° 8.

Pas de réaction ; le malade meurt à midi.

Observation X (*personnelle*).

N..., âgé de 55 ans, transporté de la première catégorie. Dans la colonie depuis de longues années, — le malade est très anémié.

Ce malade est transporté sans connaissance le 9 octobre 1876 à 6 heures du matin à l'hôpital de Cayenne.

Le coma est complet, — pas d'agitation, à peine quelques mouvements de carphologie ; — respiration calme.

Potion avec 15 grammes d'acétate d'ammoniaque — sulfate de quinine, 1 gramme.

7 heures. — Pouls 84, température 37° 5.

Lavement avec sulfate de soude 30 gr. et feuilles de séné 20 gr.

9 heures. — Pouls 80, température 38° 9. — 11 heures. — Pouls 100, température 39° 7. — 2 heures de l'après-midi. —

Pouls 96, température 40° 1. — 4 heures. — Pouls 100, température 40° 2.

Fièvre intense, sueurs, — Le malade n'a pas repris connaissance depuis le matin. — Râle trachéal, pas de selles, le malade ne peut plus avaler. Lavement avec 2 gr. de sulfate de quinine.

6 heures du soir. — Pouls 104, température 39° 8. — 8 heures du soir. — Pouls 96, température 38° 2.

10. — 8 heures du matin. Un peu d'amélioration — la connaissance semble revenir, — selles nombreuses pendant la nuit à la suite du lavement.

Pouls 88, température 38° 4.

Bouillon, tisane d'ayapana, potion avec 10 gr. d'acétate d'ammoniaque, sulfate de quinine 2 gr. en potion, lavement avec 30 gr. de sulfate de soude et 20 gr. de feuilles de séné.

4 heures. Pouls à 80, température 38°. Deux quarts de lavement, avec 1 gr. de sulfate de quinine dans chaque.

8 heures. Pouls 76, température 37° 8.

11 octobre. — Le mieux continue. Connaissance presque complète ; par moment le malade est pris de mouvements convulsifs accompagnés d'un peu de délire ; langue saburrale. Pouls à 84, température à 38.

Prescription : Chocolat, demie de vin, tisane d'ayapana, sulfate de soude 40 grammes, sulfate de quinine 1,50. 5 heures soir : Pouls 80, température 38,4 ; 8 heures, pouls à 76, température 38.

12 octobre. — L'amélioration persiste ; connaissance entière ; plusieurs selles depuis hier matin ; faiblesse très grande ; pouls à 80, température 37° 5.

Prescription : chocolat, demie de vin, 100 grammes de vin de quinquina, sulfate de quinine 1 gramme.

5 heures soir. — Pouls à 72, température 38° 2. 8 heures soir : Pouls à 72, température 38° 5.

13, matin. — Pouls à 70, température 38° 7. Prescription : chocolat, soupe, demie de vin, 100 grammes de vin de quinquina, potion tonique, sulfate de quinquine 1 gramme. 4 heures soir : —

Pouls à 76, température 38° 2. 8 heures soir, pouls à 63, température 37° 9.

14. — Bronchite légère, pas de fièvre, langue un peu saburrale. Du 14 au 23 on soigne la bronchite. Le malade va de mieux en mieux ; les forces reviennent ; la fièvre ne revient plus. Le sulfate de quinine a été continué à la dose de 0,75 par jour.

23 — Le malade continue à aller mieux, la langue est bonne, l'appétit est revenu. Jusqu'au 20 novembre, époque de sa sortie, le malade n'a présenté que quelques accès de fièvre légers. Il sort à cette date dans un état satisfaisant.

Le 4 novembre le malade est rentré de nouveau à l'hôpital avec des accès de fièvre qui, sans revêtir la forme pernicieuse, se sont cependant fait remarquer par l'intensité du frisson et la tendance au coma. Mais ces accès ont facilement cédé au sulfate de quinine, et quelques jours après le malade a pu être envoyé en convalescence aux îles du Salut.

Observation XI.

F..., Louis, repris de justice provenant du canal Torey, entré à l'hôpital le 17 janvier 1857, meurt le 20 janvier à 7 heures du soir.

17 janvier. — Au moment de son entrée à l'hôpital, cet homme offre les symptômes suivants : coma profond, pouls petit, respiration stertoreuse, pupilles dilatées.

18 janvier. — Le pouls a augmenté d'ampleur, un peu de connaissance, les pupilles se contractent légèrement, un peu de moiteur.

19 janvier. — Le pouls est fréquent et dur, peau chaude, langue sèche, le malade répond aux questions qu'on lui adresse, plusieurs selles par le purgatif.

20 janvier (matin). — Même état.

(Soir.) — Coma profond, pouls filiforme, respiration précipitée, meurt dans la nuit.

Autopsie 14 heures après la mort.

Le cerveau est ramolli, presque difluent et légèrement pointillé. Une quantité considérable de sérosité s'écoule à l'ouverture du crâne, les ventricules en contiennent en outre d'une manière notable.

Observation XII.

C..., Guillot, crowman venant de l'approuague, entré à l'hôpital le 19 juillet 1857, mort le 4 août à 10 heures du matin.

Autopsie 8 heures après la mort.

Épanchement sanguinolent sous les enveloppes du cerveau. Ecchymoses à la partie frontale de l'arachnoïde. Ramollissement sensible de la substance cérébrale qui offre à la coupe un piqueté très marqué. Les ventricules latéraux et moyens contiennent une grande quantité de sérosité limpide. Les plexus choroïdes sont fortement injectés.

Observation XIII.

St-D..., Jean, transporté, entre le 3 octobre 1857, meurt le 5 à 8 heures du soir.

Autopsie 12 heures après la mort.

Sérosité sanguinolente entre les enveloppes du cerveau. Un peu de ramollissement de la substance cérébrale qui offre un piqueté très marqué.

Observation XIV.

K..., Georges, soldat d'infanterie, entré à l'hôpital le 5 novembre 1857, mort le 9 à 8 heures du matin.

Autopsie 9 heures après la mort.

Sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens. Adhérence de l'arachnoïde à la dure-mère. Ramollissement de la masse cérébrale surtout du cervelet ainsi que de la moelle allongée. Sérosité dans les ventricules. La substance du cerveau offre à la coupe un piqueté très prononcé. »

Observation XV.

J..., Guillaume, repris de justice, entré à l'hôpital de Cayenne, le 22 octobre 1857 (soir), mort le 23, à deux heures de l'après-midi.

Injection les méninges. Sérosité abondante de couleur jaunâtre entre les deux feuillets de l'arachnoïde qui est un peu épaissie comme infiltrée.

Les ventricules contiennent une assez grande quantité de sérosité assez épaisse, très jaune .

Observation XVI.

B .., Pierre, repris de justice, entré le 13 décembre 1857, mort le 19 à 10 heures du matin .

Autopsie 7 heures après la mort.

Crâne. Injection des vaisseaux. Légère suffusion sanguine dans les mailles de la pie-mère. Sérosité abondante à la base du crâne et dans l'arachnoïde.

Tissu cérébral ramolli. Substance corticale plus foncée qu'à l'état normal. Piqueté de la substance médullaire. Très peu de sérosité dans les ventricules.

Observation XVII.

C .. Désiré, transporté, entre le 2 novembre 1857, meurt le même jour à 4 heures du soir.

Autopsie 10 heures après la mort.

Injection des méninges. L'arachnoïde et la pie-mère sont infiltrées de sérosité. Substance cérébrale ramollie. État sablé. Sérosité dans les ventricules.

Observation XVIII.

D..., Paul, transporté, entre le 2 décembre 1856, meurt le 3 à 7 heures du matin.

Autopsie 10 heures après la mort.

Crâne. Injection des vaisseaux. Taches ecchymotiques à la surface postérieure du cerveau. Sérosité abondante entre les deux feuillets de l'arachnoïde et dans les ventricules.

Observation XIX.

D..., Louis, transporté, entre le 7 janvier 1858, meurt le 8 à 8 heures du matin.

Autopsie 8 heures après la mort.

Légère injection des méninges. Sérosité assez abondante dans les espaces sous-arachnoïdiens et dans les ventricules, Ramollissement notable de la masse cérébrale. Piqueté sanguinolent à la coupe.

Observation XX.

B..., Jean, transporté, entré à l'hôpital le 24 janvier 1858, mort le 28 à 4 heures du matin.

Autopsie 12 heures après la mort.

Épanchement entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Injection de la pie-mère. Piqueté de la substance blanche du cerveau. Pas de sérosité dans les ventricules latéraux.

Observation XXI.

A..., Jean, transporté, entre le 4 mai 1858 à l'hôpital de Cayenne, meurt le 10, à 10 heures du matin.

Autopsie 10 heures après la mort.

Légère injection des méninges. Sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens et les ventricules.

Observation XXII.

L..., Jean, transporté, entre le 14 novembre 1858, mort le 17 à 8 heures du matin.

Teinte blanchâtre et délavée de la dure-mère. Sérosité abondante dans l'arachnoïde. Injection et rougeur de la pie-mère. Substance grise décolorée. Substance blanche, piqueté. Rien dans les ventricules latéraux.

ACCÈS ALGIDE

L'accès pernicieux algide, le plus fréquent à la Guyane[1], est, après les accès thoraciques, le moins dangereux. Pendant les 7 trimestres compris dans le tableau de la page 104, ils n'ont donné que 23 décès sur 78, soit moins d'un sur trois.

Comme pour tous les autres, l'influence du type me paraît difficile à constater. Ce type, en effet, se perd dans la période chronique du paludisme et nous savons que c'est pendant cette période que surviennent presque toujours les fièvres pernicieuses, les algides comme les autres.

Comme le précédent il peut commencer d'emblée ou à la suite de plusieurs accès, mais jamais il n'apparaît comme symptôme initial de l'influence paludéenne, et ne complique que très rarement la fièvre rémittente.

L'algidité pernicieuse ne doit point être considérée comme une simple exagération du premier stade de l'accès intermittent. Il y a entre les deux une différence capitale. Tandis, en effet, que pendant le premier stade de la fièvre, le malade éprouve une sensation de froid bien évident et que la main révèle une chaleur, même très marquée, l'algidité pernicieuse, au contraire, est caractérisée par les deux symptômes inverses, c'est-à-dire, sensation de chaleur éprouvée par le malade et de froid par l'observateur.

L'accès algide est un des plus insidieux. Après le stade

1. La même prédominance de l'accès algide aurait lieu aux Antilles et en Cochinchine.

du froid, la chaleur semble revenir et l'on peut croire que l'accès parcourant rapidement sa marche va bientôt finir. Mais à la sensation du froid succède à l'intérieur une chaleur des plus pénibles. Cette sensation dont les malades ne tardent pas à se plaindre contraste du reste avec la sensation de froid que donne son contact. On ne peut se défendre en l'éprouvant d'une impression pénible. Ce n'est parfois qu'un froid relatif, mais aussi dans d'autres cas un froid absolument cadavérique, qui réuni à une sueur poisseuse, rende le contact de ces malades repoussant. Sous l'influence de ce froid, les yeux se cavent, le regard se voile, les lèvres se décolorent, les traits se tirent, les oreilles sont cyanosées; quelquefois même des plaques de même couleur apparaissent au front. Tout enfin rappelle l'aspect cholérique. Pour compléter ce tableau, qu'on y joigne les plaintes du malade, les vomissements alimentaires ou bilieux qu'il rend à chaque instant, enfin des selles très fétides, et l'on comprendra tout ce qu'un pareil spectacle peut avoir de navrant. La vie menacée en même temps dans toutes ses fonctions, sauf les intellectuelles, semble s'éteindre peu à peu. Les urines rares d'abord se suppriment. Le pouls est petit, fréquent, facilement dépressible. La chaleur dont le malade se plaint à l'intérieur a complètement disparu de la périphérie qui semble être privée de toute circulation. Le respiration courte d'abord devient bientôt lente, puis suspirieuse. Au milieu et dominant ces phénomènes graves, les facultés intelletucelles restent intactes. Les sens, quoique un peu obtus, permettent au malade de participer à la vie extérieure, et son intelligence, quoique paresseuse, peut encore suivre les phases diverses de la lutte dont sa vie est l'enjeu.

Ces phénomènes qui caractérisent la période d'état peuvent se prolonger 12 heures, mais rarement plus. Une

pareille perversion de toutes les fonctions ne pourrait durer plus longtemps.

Lorsque le mieux doit s'établir, c'est le retour de la chaleur qui l'annonce ; elle procède du centre à la périphérie. Puis les vomissements et les selles s'arrêtent, le pouls se relève et des sueurs abondantes quelquefois profuses apparaissent. La réaction suit dès lors sa marche habituelle, à moins ce qui n'est pas rare, que les phénomènes d'algidité, ne reprennent le dessus, et ne mettent de nouveau la vie du malade en danger.

Lorsque la mort doit terminer la scène, au contraire, les vomissements deviennent presque constants et spontanés, le pouls de plus en plus petit disparaît aux radiales ; le froid gagne même le tronc. Puis, presque sans agonie, le malade succombe, soit comme dans une syncope, soit sans qu'on puisse savoir à quel moment précis la vie a cessé.

Le diagnostic de l'accès algide ne saurait présenter quelque difficulté que lorsqu'il s'agit de le différencier des deux formes dont quelques auteurs ne font que des variétés, la forme cholérique et la forme dysentérique.

La forme cholérique diffère surtout de l'algide par des selles riziformes et la crampe des membres, et la dysentérique par la nature des selles qui sont franchement muqueuses et sanguinolentes dans cette dernière.

Du reste, il faut s'attendre, quand il s'agit des manifestations d'un poison, dont l'influence peut se faire sentir sur tous les organes, à ce que l'ensemble de ces manifestations soit variable. Il est rare, en effet, qu'un organe soit attaqué isolément. Ils sont pris deux à deux, trois à trois, celui-ci plus que celui-là ou réciproquement, et l'on comprend très bien que dans ces conditions, à côté de formes algides, cholériques, etc., bien définies, s'en trou-

vent d'autres qui soient mixtes et que l'observateur trouve quelque difficulté à placer dans l'un ou l'autre groupe.

Le pronostic, je l'ai dit, quoique grave, l'est beaucoup moins que pour la plupart des autres formes, et cependant pendant les 28 trimestres compris dans le tableau N° 4, les décès dus à cette forme se sont élevés au chiffre de 75.

Mes observations d'anatomie pathologique comprennent 18 autopsies faites à différentes époques et consignées sur le registre de l'amphithéâtre de Cayenne.

En outre des lésions abdominales, exagération de volume du foie et de la rate, qui sont communes à toutes les formes d'accès pernicieux indistinctement, celle qui est la plus constante et qui est la lésion caractéristique de la forme que j'étudie *est le piqueté rouge de la substance blanche du cerveau.* Ce piqueté ou état sablé n'a guère manqué que 3 fois sur 18, et encore son absence peut-elle être expliquée par la courte durée de l'accès qui aurait permis ainsi aux vaisseaux de revenir, sur eux-mêmes comme nous voyons les rougeurs érythémateuses et érysipélateuses disparaître après la mort.

A cette lésion, que je considérerai donc volontiers comme caractéristique, s'en trouvent jointes d'autres, mais avec un caractère bien moins constant. Ce sont des épanchements séreux arachnoïdiens comme dans l'accès comateux, quelques épanchements ventriculaires, enfin parfois un peu de ramollissement du cerveau.

La poitrine ne nous offre rien de bien particulier. On constate souvent cependant quelques lésions, épanchements péricardiques, engouement pulmonaire et autres indiquant que ces organes ont été plus ou moins atteints, mais ja-

mais assez pour dominer la scène. Ce ne sont en somme que des lésions contingentes et de médiocre importance.

Les lésions des viscères abdominaux sont généralement plus accentuées, mais ne méritent pas, au point de vue de la spécialité de l'accès, plus d'importance.

Il faut se garder, dans le traitement de l'accès algide, de donner à la médication des symptômes quelque alarmants qu'ils paraissent, l'importance que seule mérite la médication spécifique. On ne saurait oublier, en effet, que tous ces phénomènes, selles, vomissements, algidité, se sont produits sous l'influence du même poison, le miasme paludéen. Aussi loin de perdre son temps à ramener une réaction parfois bien tardive, à combattre des vomissements incoercibles, il faut, s'armant de la seringue de Pravaz, attaquer le mal par les injections hypodermiques répétées et à hautes doses. On assistera parfois à des résurrections. Je conseille de pratiquer les injections sur le tronc. C'est là que la chaleur a le moins disparu et où, par conséquent, la circulation paraît le moins affaiblie. Le refroidissement quel qu'il soit ne doit jamais faire renoncer à ce moyen. J'ai pratiqué des injections hypodermiques dans du tissu cellulaire assez exsangue pour ne donner aucune hémorrhagie après les piqûres de la canule de Pravaz, et cependant les malades ont guéri comme ressuscités.

Lorsque 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de sulfate de quinine sont injectés, on peut s'occuper des symptômes. Leur traitement ne présente rien de spécial. Les boissons chaudes excitantes et rendues plus excitantes encore par l'addition de rhum ou de cognac combattent l'algidité ; des frictions sèches aideront le retour de la circulation ; enfin des vésicatoires morphinés et des lavements pourront être utiles contre les selles et les vomissements.

Mais je le répète, tous ces moyens ne doivent être considérés que comme des adjuvants bien secondaires et ce serait s'exposer sûrement à un insuccès que de compter sur eux en l'absence de la quinine administrée dès le début.

Observation XXII *bis* (*personnelle*)

Le nommé H., Jacques, entré à l'hôpital le 3 juin 1877, atteint d'un violent accès de fièvre.

Prescription : limonade sulfurique, potion avec 2 grammes de sulfate de quinine, lavement avec 15 grammes de feuilles de séné, et 30 grammes de sulfate de soude.

4 juin. — La fièvre a paru céder dans la soirée d'hier, mais a recommencé quelques instants après. Pendant toute la nuit, le malade a été agité et s'est plaint d'une chaleur brûlante. *Le matin la sensation éprouvée par le malade est la même et cependant le corps est complètement froid, les yeux sont caves. La langue et les lèvres sont d'un froid cadavérique.* Le pouls est à 70 et la température à 36° 6.

Prescription: Bouillon, thé punché à 110 grammes, sulfate de quinine 2 grammes le matin et 1 gramme le soir ; potion avec 100 grammes de madère, 4 grammes d'extrait de quinquina et 10 grammes de teinture de cannelle.

4 heures du soir. — Pouls petit à 64, température à 35° 8.

5 juin. — Mieux assez marqué, moins de refroidissement, quelques heures de sommeil, selles abondantes. Pouls à 64, température 36. Prescription : bouillon, thé chaud, sulfate de quinine 2 grammes, même potion que la veille.

4 heures du soir. — Pouls à 60, température 36° 8.

6 juin. — Mieux sensible. Pouls à 56, température 36° 4. Prescription : quart léger, tisane vineuse. 4 heures du soir. — Pouls à 60, température 35° 8.

7 juin. — Le mieux continue. Pouls à 60, température à 35° 6.

Même prescription.

4 heures du soir. — Pouls à 56, température à 37° 4.

8 juin. — Le malade a pu se lever. Pouls à 56, température 36° 2. Même régime, même prescription.

Pouls à 64, température 37.

9 juin. — Le mieux continue. Pouls à 66, température à 36° 4.

A partir de ce moment les forces reviennent, aucun accès ne reparaît et le malade reprend son service le 29 du même mois.

Observation XXIII.

V..., transporté, entre à l'hôpital le 22 octobre 1866, meurt le même jour à 11 heures du soir.

. . . .

Cerveau congestionné, piqueté nombreux sur la substance blanche ; ramollissement du corps calleux ; congestion des plexus choroïdes, couches optiques injectées ; piqueté dans toutes les portions du cervelet.

Observation XXIV.

G..., Jacques, soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 7 mai 1855, atteint de fièvre intermittente, meurt dans la nuit du 9 au 10 du même mois d'un accès pernicieux algide.

. . . .

Le crâne est mou, les méninges sont fortement injectées, le cerveau présente un pointillé rougeâtre ; pas de sérosité dans les ventricules ; le cervelet présente le même pointillé que le cerveau.

Observation XXV.

..., Louis, soldat d'infanterie de marine, entre le 18 juin 1855.

à 8 heures du matin, à l'hôpital de Cayenne, et meurt quelques heures après.

Autopsie après la mort (9 heures).

A l'ouverture du crâne il s'écoule une assez grande quantité de sang noir qui se forme immédiatement en caillot. Les méninges sont fortement injectées. La substance cérébrale est ferme et présente un piqueté rouge ainsi que le cervelet.

Observation XXVI.

P..., Henry, transporté, entré à l'hôpital le 20 décembre 1858, meurt le 21 du même mois à 7 heures du soir.

Autopsie 13 heures après la mort.

Les vaisseaux de la dure-mère sont injectés.

L'arachnoïde contient un peu de sérosité. La pie-mère est rougeâtre et fortement injectée dans toute son étendue. Les vaisseaux sont gorgés de sang. La masse encéphalique est un peu ramollie. Le cerveau présente un piqueté rougeâtre dans sa substance médullaire et une teinte plus foncée qu'à l'état normal Les ventricules latéraux sont remplis par la sérosité ; les plexus choroïdes sont rouges et injectées. Le cervelet, la protubérance et le bulbe offrent également une injection très prononcée.

ACCÈS PERNICIEUX ATAXIQUE

La forme ataxique, quoique moins fréquente que les deux précédentes n'est pas rare à la Guyane. Comme fréquence, elle occupe le 3e rang. Pendant les 7 trimestres que j'ai relevés en leur adjoignant quelques cas de fièvres délirantes et cérébrales, on trouve un total de 22, tandis que la forme comateuse en a fourni 78 et l'algide 75. Mais elle se relève au premier rang par sa gravité. On se rappelle, en effet, que les deux formes précédentes n'ont donné, pendant ces 7 trimestres, l'un que 23 et l'autre que

25 décès. Or, la forme ataxique sur 22 cas en a donné le chiffre effrayant de 17 !

Quoique la lésion que je considère comme essentielle de cette forme se trouve dans le crâne comme celles des deux formes précédentes, les manifestations sont bien différentes. C'est là, du reste un fait bien fréquent dans la pathologie des affections cérébrales.

Ici, en effet, ce n'est plus la stupeur, le coma, le refroidissement qui dominent la scène, c'est l'ataxie dans ce qu'elle a de plus bruyant, de plus désordonné.

Il est oiseux, de même que précédemment, de se demander quel est le type de fièvre qui y prédispose le plus. Tous, en tenant compte de leur degré de fréquence, doivent y prédisposer également.

Le malade soumis depuis quelque temps à l'infection palustre, voit commencer un accès qui ne présente rien de particulier. Le stade de frisson s'écoule et la réaction s'opère. Mais bientôt elle prend des proportions insolites.

La face est rouge, vultueuse, les yeux sont injectés, la peau chaude et sèche, avec des alternatives de sueurs. La langue est blanche, saburrale, et l'haleine fébrile. La constipation est générale; quelques vomissements alimentaires ou bilieux peuvent se produire, mais ils ne jouent jamais qu'un rôle secondaire. Le pouls plein, vibrant, varie de 80 à 100. La chaleur s'établit dès le début à 40° et monte souvent à 41° 5 qu'elle dépasse dans les cas mortels.

La respiration est saccadée, bruyante, parfois embarrassée.

Les urines sont rares, mais ne se suppriment pas. Enfin, et c'est le symptôme qui domine, l'agitation est extrême. Ce ne sont d'abord que des mouvements désordonnés. Le malade jette ses membres au hasard en dehors de son lit et cherche à se découvrir. Puis le délire arrive, et avec lui la ten-

dance à sortir de son lit. Tous ces symptômes s'exagèrent habituellement pendant la nuit. Au milieu de cette agitation extrême, il profère des injures, pousse des cris et se plaint.

Il est saisissant de voir dans une salle, une forme ataxique à côté d'une des deux qui précèdent, et j'avoue qu'il faut être bien convaincu de la nature de l'affection pour admettre qu'une même cause puisse produire des effets aussi dissemblables. A ces phénomènes ataxiques succèdent parfois de véritables phénomènes de paralysie. Ce sont les moteurs oculaires communs qui sont le plus souvent pris. C'est toujours un signe d'un pronostic le plus fâcheux.

Après une durée, qui varie habituellement de 12 à 24 heures, mais qui peut atteindre 36 heures, le sort du malade se décide. Une rémission graduelle de l'agitation, en même temps que de la température, sont généralement les signes précurseurs de la guérison. En même temps des sueurs profuses inondent le malade ; le pouls sans perdre de sa fréquence devient souple, la respiration lente et profonde ; enfin à l'agitation succède le repos et une fatigue extrême.

La convalescence est relativement très courte et presque toujours complète. Il n'est pas très rare cependant d'observer pendant quelque temps certains troubles intellectuels, tels que l'affaiblissement de la mémoire, et parfois la persistance des paralysies observées pendant l'accès. Mais, je le répète, ce sont là des faits rares, et la règle, si le malade survit, est la guérison complète.

Mais lorsque la maladie continue son cours, de nouveaux phénomènes apparaissent. A l'agitation succède par intervalles un affaissement qui n'est autre que du coma. Les yeux se convulsent, les muscles des membres et ceux de la mâchoire sont contracturés; le pouls baisse ; des convulsions

cloniques agitent le malade ; enfin le coma termine la scène.

La véritable difficulté du diagnostic est dans la différenciation de l'accès pernicieux ataxique avec la méningite suite d'insolation. C'est une difficulté qui se présente presque à chaque cas et cela avec d'autant plus de raison, qu'à la Guyane les insolations sont fréquentes, et que les hommes qui entrent dans les hôpitaux avec des symptômes ataxiques ont presque toujours été exposés aux deux causes en même temps, le miasme paludéen et le soleil.

Je crois que bien souvent, même après l'autopsie, et surtout à cause de l'autopsie, de nombreux accès pernicieux ataxiques ont été considérés comme des insolations. C'est qu'en effet, on était si convaincu que l'accès pernicieux ne laissait pas de traces, que l'on concluait souvent à l'insolation par cela seul que l'on trouvait une lésion inflammatoire un peu accentuée du côté du cerveau ou des méninges.

Or, c'est là un fait sur lequel je tiens à insister, j'ai vu des accès pernicieux non douteux être suivis de lésions inflammatoires évidentes des méninges, et ces faits être assez probants, pour entraîner des convictions jusque-là rebelles.

Pour moi donc, j'admets que des produits inflammatoires puissent se former dans les méninges sous l'influence d'un accès paludéen, et je me garderai bien de conclure à la méningite par insolation, par cela seul qu'ils existent.

Ce que l'on trouve dans ce cas, c'est bien une méningite ; nul ne peut en douter. Mais c'est une méningite produite sous l'influence du miasme paludéen. Or pourquoi ne l'admettrait-on pas ? Ne voyons-nous pas sous l'influence de la même cause, des produits inflammatoires se produire

dans le poumon, par exemple, et donner lieu aux accès pneumoniques ?

L'origine paludéenne de certaines méningites étant admise, doit-on pour cela créer une méningite spéciale qu'il faudrait ou qu'on pourrait différencier des autres méningites simples ? Je ne le pense pas, je crois au contraire que plusieurs causes peuvent produire le même effet et que quelle que soit la cause, du moment que les conditions de l'inflammation existent, celle-ci suivra indifférente son processus avec la même régularité.

Le diagnostic avec les deux formes voisines, la cérébrale et la délirante, est moins important. Au point de vue des symptômes, la forme délirante différerait de l'ataxique en ce que l'excitation se manifeste surtout par plus de loquacité et moins de mouvements. Quant à la forme cérébrale, je crois que de nouvelles recherches sont nécessaires pour bien établir sa symptomatologie propre et la différencier des autres.

Le pronostic de l'accès ataxique est des plus graves. Il n'a pas donné, je l'ai dit, moins de 17 décès sur 22. Les signes révélateurs du danger sont surtout les paralysies pendant la période d'état de la maladie, l'absence de sueurs et surtout l'apparition des convulsions soit cloniques soit toniques. Quant au coma, il est d'une gravité telle, qu'on doit dès qu'il est confirmé, considérer la mort comme inévitable.

La lésion caractéristique de cet accès se trouve dans les méninges. Elle est constituée par *des dépôts gélatineux, fibrineux ou purulents, mais toujours de nature inflammatoire*. Ces dépôts ont lieu dans l'épaisseur de l'arachnoïde et dans les espaces sous-arachnoïdiens. Dans ce

dernier cas, ils établissent des adhérences solides entre cette membrane et la substance grise du cerveau, qui, elle-même, peut présenter quelques altérations, telles que le ramollissement, la congestion, etc.

Enfin la substance blanche peut subir la même influence et présenter un état sablé, de même que les ventricules peuvent contenir un peu de sérosité. Mais ces diverses lésions sont peu importantes. La place occupée par les dépôts inflammatoires pourrait peut-être expliquer quelques particularités de chacun de ces accès. C'est ainsi que la prédominance du côté des lobes frontaux pourrait expliquer la loquacité exagérée dans la forme délirante, et leur présence à la base du cerveau, au contraire, rendrait toute naturelle la paralysie de certains nerfs moteurs.

Quant à la nature des dépôts, elle serait en rapport avec la durée de l'accès. Celui-ci n'a-t-il duré que peu de temps? on ne trouvera que des productions gélatineuses et des adhérences faciles à vaincre. A-t-il duré plus longtemps? à l'état gélatineux aura succédé le fibrineux, qui lui-même avec le temps sera remplacé par les épanchements et les dépôts purulents.

J'ajouterai que quoique ces lésions se présentent surtout du côté du cerveau, il peut également se faire qu'ils s'étendent sur le cervelet et la moelle allongée, ou même que ces derniers organes soient le siège de quelques lésions spéciales.

Les poumons peuvent être parfois congestionnés à leur partie inférieure, mais c'est là une lésion sans importance et qui en tous cas ne saurait être considérée comme dépendante de la forme dont je m'occupe. Il en est de même de quelques épanchements péricardiques signalés dans les autopsies.

Quant aux viscères abdominaux, foie et rate, peut-être

avec un peu moins d'exagération ils sont comme dans les deux précédents, presque toujours congestionnés. Il en est de même du pancréas. Toutes les fois que j'ai pensé à l'examiner, son poids dépassait 100 grammes.

Contrairement à ce qui a lieu pour les deux formes précédentes, la médication des symptômes acquiert, pour celle-ci, une importance qui sans être prépondérante, demande cependant qu'on en tienne sérieusement compte.

La nature inflammatoire, si nettement révélée par les lésions, indique la médication antiphlogistique, et la pratique est en tous points conforme avec la théorie. Les émissions sanguines, si préjudiciables dans les accès comateux et algides, peuvent être ici d'une incontestable utilité; mais à une condition, c'est qu'elles soient employées dès le début et probablement avant la formation des dépôts fibrineux. Ce sont les sangsues qui sont le plus souvent employées. C'est le seul moyen auquel j'ai eu recours. On peut aussi, mais également au début, tirer un certain profit des applications glacées. Mais le maintien de la glace sur la tête, même avec le bonnet en caoutchouc, est bien difficile, vu les mouvements désordonnés du malade. Aussi je crois qu'à moins de circonstances exceptionnelles elles devront être rejetées, comme plus nuisibles qu'utiles. Il n'en est pas de même des dérivatifs. Il faut en user largement et y revenir tous les jours. De tous, les plus puissants sont les purgatifs drastiques employés d'abord à doses purgatives, puis à doses filées en pilules. Leur effet pourra être aidé et augmenté par l'usage des lavements salins et drastiques.

Mais quelque importance que j'accorde aux émissions sanguines, on ne saurait oublier cependant que la prépondérance reste toujours au sulfate de quinine.

Ici, où la voie stomacale reste le plus souvent libre, on peut avoir recours aux pilules et aux préparations solubles de sulfate de quinine. Cependant pour laisser cette voie aux purgatifs, la seule par lequelle on puisse les administrer, je pense qu'il est préférable, même ici, d'avoir recours aux injections hypodermiques. Les doses sont les mêmes. Mais l'extrême mortalité à la suite des accès de ce genre nous montre combien peu de chances restent pour la guérison, et par conséquent, il faut avoir présent à l'esprit, que dans certains cas, ceux par exemple pour lesquels nous sommes appelés un peu tard, le malade est fatalement voué à la mort.

Observation XXVII (*personnelle*).

M..., d'origine arabe, venant de Cabassou, — entré à l'hôpital le 3 novembre pour fièvre intermittente, type quotidien ; au bout de quelques jours, le malade va bien, mange la 1/2, se lève pendant la journée. On constate seulement un léger accès de fièvre tous les 4 jours.

21 novembre, même état.

22 novembre à la visite du matin, le malade n'accuse rien. — Accès de fièvre à 11 heures du matin, — à 4 heures du soir le malade entre dans la période de sueur ; on éprouve de la difficulté à le faire coucher. — Prescription : sulfate de quinine 0 gr. 75.

Le médecin de garde appelé à 10 heures du soir constate une forte fièvre avec mouvements désordonnés, — strabisme divergent momentané. La pupille gauche est contractée, la sensibilité paraît diminuée, et le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. A midi, pas de contraction, le pouls est à 140, la peau très chaude et sèche. — Prescription : sulfate de quinine 2 gr.; — potion avec 10 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Le 23 novembre, mêmes mouvements désordonnés que la veille, la peau est chaude et sèche, et le pouls à 136, température à 39° 8. — On constate en outre une paralysie de la paupière supérieure

gauche. — Orge nitrée, — lavement avec 20 gr. de feuilles de séné et 20 gr. de sulfate de magnésie, — 20 sangsues aux apophyses mastoïdes, onctions avec l'onguent napolitain sur le crâne, sinapismes sur les membres inférieurs A midi, pouls à 124, température 41° ; perte de connaissance, légères contractions. — Meurt à 1 heure de l'après-midi.

Autopsie 20 heures après la mort.

Centre nerveux. — A l'ouverture de la boîte cranienne, on aperçoit la dure-mère présentant ses vaisseaux gorgés de sang noir ; la congestion est très prononcée et donne à la membrane fibreuse une teinte bleuâtre. La cavité ne contient pas plus de liquide qu'à l'état normal ; celui-ci est louche. La pie-mère est le siège d'une injection assez vive, elle est épaissie et adhérente aux couches sous-jacentes dans toute son étendue. Cette adhérence et cet épaississement anormaux sont dus à la présence d'exsudats séro-fibrineux dans le tissu cellulaire sous-méningé. Ces exsudats existent sur toute la surface du cerveau et du cervelet, mais ils sont plus ou moins abondants suivant les endroits.

En général, c'est au niveau des interstices situés entre les circonvolutions qu'ils sont les plus épais. — Ils ont alors l'aspect jaune-verdâtre des exudats purulents, et une épaisseur qui varie de 3 à 6 millimètres. Ces exsudats purulents siègent surtout à la convexité mais on les rencontre à la base, au pourtour des pédoncules cérébraux et sur la protubérance. La pie-mère, séparée des couches sous-jacentes, est épaissie et opaque. La substance cérébrale ne présente pas d'altération. Les couches corticales seules ont une coloration plus foncée. — Les deux substances ont une consistance normale. Les ventricules ne contiennent pas de liquide et sont sains.

Cavité thoracique. — Poumons légèrement congestionnés. Cœur et vaisseaux sains.

Cavité abdominale. — Le tube digestif est distendu considérablement par les gaz développés surtout après la mort. — Foie volumineux pesant 3 kg. 085. La surface est lisse ; on ne peut enlever la capsule de Glisson sans qu'une partie du tissu du foie y

reste adhérente. La vésicule biliaire est modérément distendue par de la bile d'aspect normal. Le tissu est très friable ; la déchirure a une apparence qui se rapproche beaucoup du tissu splénique. La coupe est luisante, humide, rouge-foncé à certains endroits, noire en d'autres. Dans ces derniers points il semble exister des ecchymoses. Les lobes sont peu distincts ; la veine centrale gorgée de sang apparaît comme un point rouge-brun. Rate, 1 k. 115, tissu friable, ramolli et d'aspect vineux. — Reins légèrement congestionnés. — Poids des deux reins 390 gr. Pancréas, tissu normal, 100 grammes.

Observation XXVIII (*personnelle*).

S..., d'origine arabe. Provenant de la geôle, entre à l'hôpital de Cayenne le 24 novembre 1876.

Fièvre depuis plusieurs jours ; langue saburrale ; pas de paralysie ; parole facile.

Ayapana. Sulfate de soude 40 grammes, — sulfate de quinine 0 gr. 75.

Le même état persiste le 25 et le 26 et jusqu'au 27 à 3 heures du soir, époque à laquelle le malade tombe dans le coma qui ne précède la mort que de quelques heures.

Autopsie 15 heures après la mort.

Coloration légèrement ictérique des téguments, poumons et cœur sains. Reins très congestionnés, rate 655 gr. saine ; foie 2 kg. 800 gr., d'un aspect granité à la coupe. Pas de congestion sanguine : les lobules sont saillants et formés de trois zones distinctes ; une zone blanche centrale ayant au centre la lumière d'un vaisseau exsangue, une zone excentrique à la première rouge, une troisième de coloration jaune.

Encéphale, — méningite généralisée ; on y trouve les 3 degrés : premier degré, injection des méninges sur les lobes postérieurs et une partie des faces latérales ; — deuxième degré exsudats opalescents sur toutes les autres parties ; — troisième degré exsudats purulents sur la face convexe, surtout à gauche au niveau des lobes antérieurs, au niveau du chiasma des nerfs optiques et de l'origine

des nerfs olfactifs, — la pie-mère y présente une épaisseur considérable.

Cervelet. — Les méninges recouvrant la face supérieure sont atteintes d'inflammation au deuxième degré. — Le tissu cérébral est sain.

OBSERVATION XXIX (*personnelle*).

Le transporté D..., CHARLES, entre à l'hôpital de Cayenne le 13 novembre 1876, à 5 heures du soir. Il a pu marcher jusqu'à l'hôpital, mais il est dans une agitation extrême et par moment en proie à un véritable délire. — Il n'a pu donner aucun renseignement. — Pouls 103, température 41° 3.

Prescription : sulfate de quinine 2 gr. 50, par prises de 0 gr. 50 d'heure en heure.

Lavement avec 20 grammes de feuilles de séné et 30 gr. de sulfate de soude. — Sinapismes sur les membres inférieurs.

Une demi-heure après son entrée, le malade ne prononce plus que quelque paroles inintelligibles, — pas de contraction des membres, — pupilles contractées, — peau très chaude, pas de sueur.

Mort à 10 heures du soir.

Autopsie, 12 heures après la mort.

Poumons. — Les 2/3 inférieurs du poumon gauche sont fortement congestionnés, mais ils crépitent encore et surnagent. — Le 1/3 supérieur est moins congestionné. — Le poumon droit est fortement congestionné, moins que le gauche. Adhérences pleurales à droite et à gauche. — Celles de la face inférieure du poumon gauche sont très résistantes, et le tissu pulmonaire se déchire quand on veut le séparer du diaphragme.

Cœur. — Volume normal. — Caillot fibrineux dans le ventricule droit ; le gauche est fortement contracté.

Foie. — Poids 1 kg. 740 gr., un peu congestionné ; son tissu paraît normal.

Rate. — Poids, 345 grammes, molle et diffluente.

Reins. — Volume normal, congestionnés.

Intestin. — Sain.

Cerveau. — Congestion considérable des méninges ; les veines sont dilatées, — la pie-mère est épaissie. — Rien dans les ventricules, — la substance blanche ne présente rien d'anormal, — pas de piqueté sanguin ; — la substance grise des circonvolutions présente une coloration plus foncée qu'à l'état normal, celle des corps striés et des couches optiques est normale.

OBSERVATION XXX (*personnelle*).

B..., provenant de la geôle, ayant des habitudes alcooliques et soumis à des accès de fièvre depuis longtemps, — entre à l'hôpital le 20 novembre 1876 pour une affection qui dure depuis plusieurs jours.

La veille de son entrée, le malade se plaint d'une vive céphalalgie et le médecin ayant de plus constaté de la fièvre et un état saburral, avait administré 1 gramme d'ipéca.

Dans la nuit, des phénomènes cérébraux ont apparu et au moment de son entrée il existe déjà de la contraction des membres, du cou et des masséters.

Prescription : tilleul — sulfate de quinine, 2 grammes.

Deux heures de l'après-midi. — Ces mêmes phénomènes se sont accentués ; les yeux sont convulsés ; mouvements convulsifs de la face, pas de selle. Lavement avec 30 grammes d'huile de ricin.

Potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

8 heures du soir. — Perte complète de connaissance, quelques légers mouvements convulsifs.

Un gramme de sulfate de quinine.

Mort à 11 heures du soir.

Autopsie 12 heures après la mort.

Centre nerveux. — A l'ouverture de la dure-mère, on aperçoit les tissus faisant saillie et gorgés de sang noir. — L'enveloppe fibreuse est incisée, et l'encéphale enlevé. Notons de suite la présence à la base de l'encéphale de cent grammes environ d'un li-

quide louche, purulent, qui semble circuler dans l'espace sous-arachnoïdien inférieur et dans la cavité arachnoïdienne de la moelle.

La pie-mère, à la face supérieure, aussi bien qu'à la face inférieure des hémisphères, est le siège d'une méningite aiguë, avec exsudats. — La convexité de l'encéphale est parsemée de plaques plus ou moins grandes, d'un aspect blanc-jaunâtre. Ces plaques sont dues à des exsudats purulents sous-méningés. Au niveau de ces exsudats, la couche superficielle de l'écorce grise a une consistance moindre qu'à l'état normal, et adhère fortement à la pie-mère. Partout où n'existent point ces exsudats, la pie-mère est injectée fortement, épaissie et adhérente à la masse cérébrale. Ces lésions sont surtout marquées dans les interstices qui séparent les circonvolutions. Les mêmes lésions existent à la face inférieure, mais on remarque surtout un exsudat abondant et épais étendu du chiasma à la protubérance.

Les ventricules latéraux et moyens sont distendus par un liquide louche purulent. La toile choroïdienne présente des traces évidentes d'inflammation Telles sont les lésions des méninges. — Si l'on examine la substance cérébrale à l'aide de coupes appropriées, on trouve surtout dans la substance blanche un piqueté très prononcé occasionné par la dilatation des vaisseaux sanguins. — Le cervelet présente des altérations beaucoup moins avancées.

Le quatrième ventricule ne contient pas de liquide.

La protubérance et le bulbe sont fortement congestionnés.

Thorax. — Plèvres, poumons, cœur, vaisseaux normaux.

Abdomen. — Tube digestif sain.

Rate. — Poids 530 grammes. — L'enveloppe est le siège de plaques de périsplénite ; le tissu est un peu diffluent, mais d'apect normal.

Reins normaux. Pancréas, 115 grammes ; — aspect normal. Foie, — poids 2 kil. 090. — La capsule de Glisson se décortique facilement ; le tissu est un peu friable, les lobules sont plus apparents qu'à l'état normal.

Observation XXXI.

H..., Claude, transporté, entré à l'hôpital le 28 avril 1859, mort le 29, à 9 heures du soir.

Autopsie 11 heures après la mort.

Injection assez apparente de la dure-mère. Sérosité abondante dans l'arachnoïde. Rougeur et engorgement des vaisseaux de la pie-mère. Grande quantité de sérosité rougeâtre dans les ventricules latéraux et injection des plexus choroïdes.

Observation XXXII.

R..., Eugène, soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 6 août 1859, mort le 10, à 3 heures du soir.

Autopsie 7 heures après la mort.

Crâne. Adhérences très solides entre la dure-mère et la table interne du crâne. Un peu d'épaississement de cette membrane ainsi que de la pie-mère. Sérosité limpide dans les espaces sous-arachnoïdiens, les ventricules latéraux et à la base du crâne.

Observation XXXIII

B..., transporté, entré à l'hôpital le 12 septembre 1863, mort le 25, à 11 heures du soir.

Les membranes cérébrales sont épaissies. La substance cérébrale ne présente rien de particulier, mais les deux ventricules latéraux contiennent une assez grande quantité de sérosité.

Observation XXXIV.

F..., transporté, entré à l'hôpital le 12 avril 1865, mort le 13, à 9 heures du matin.

Autopsie 9 heures après la mort.

La dure-mère est épaissie. L'arachnoïde soulevée par de la sérosité limpide. Ramollissement de la substance cérébrale. Un peu de liquide dans les ventricules.

Observation XXXV.

D..., transporté, entré à l'hôpital de Cayenne le 14 juillet 1864, mort le même jour, à 5 heures du soir.

Les méninges sont soulevées par une petite quantité de sérosité. Les ventricules moyens et latéraux contiennent peu ou point de liquide. Les deux lobes latéraux présentent à la coupe le piqueté rouge caractéristique de la congestion sanguine.

Observation XXXVI.

B..., transporté, entré à l'hôpital le 25 janvier 1869, mort le 28, à 9 heures du matin, d'accès pernicieux.

Cavité cranienne. Injection des vaisseaux. Épanchement de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde. Même épanchement dans les ventricules.

La substance cérébrale est consistante. État sablé de cette substance ainsi que de celle du cervelet.

Observation XXXVII.

F..., transporté, entré à l'hôpital le 23 janvier 1866, mort le 28, à 5 heures du soir.

Cerveau fortement congestionné. Sérosité dans les ventricules. Piqueté de la substance blanche qui est plus dure.

Observation XXXVIII.

G..., transporté, entré à l'hôpital le 24 février 1866, mort le 26, à 1 heure du matin.

Autopsie 8 heures après la mort.

Couche fibrineuse sur la surface du cerveau. Sérosité sous l'arachnoïde. Coloration rosée de la masse cérébrale. Les ventricules sont remplis de sérosité.

OBSERVATION XXXIX.

B..., transporté à l'hôpital de Cayenne le 14 septembre 1866, mort le 15, à midi.

Autopsie 12 heures après la mort.

Le cerveau ne présente rien de particulier que la grande quantité de sérosité contenue dans les ventricules et le canal rachidien, plus une couche de matière albumino-séreuse épanchée entre la dure-mère et l'arachnoïde.

ACCÈS PERNICIEUX A FORME CÉRÉBRALE ET DÉLIRANTE

L'avenir nous apprendra si l'on doit continuer à décrire séparément, comme des entités distinctes, *ces formes cérébrales et délirantes*, ou bien, si l'on ne doit les considérer que comme des variations légères de la forme précédente. Pour le moment, je me contenterai, ne pouvant en donner une description complète, de réunir dans ce chapitre les observations et autopsies que j'ai pu rassembler sur ces deux formes.

Ces autopsies ont été recueillies dans le registre de l'amphithéâtre de Cayenne.

FIÈVRE PERNICIEUSE CÉRÉBRALE

Suite d'insolation.

OBSERVATION XL.

13 septembre 1863

CR..., second maître à bord de la *Chimère*. — Entré à l'hôpital le 11 septembre 1863. Mort le 13, à 1 heure du matin.

Autopsie, 20 heures après la mort.

Crâne. — La pie-mère est injectée. Le cerveau est volumineux et offre une dureté anormale, une consistance presque élastique. La section de la substance cérébrale révèle une injection notable ; on voit apparaître à la coupe de nombreuses gouttelettes de sang. — Le cervelet a la consistance normale. — Le corps rhomboïdal est rouge et présente à son centre l'apparence d'un petit noyau apoplectique. Sérosité dans les ventricules.

Thorax. — Les poumons bien que crépitants sont le siège d'une congestion sanguine assez considérable du côté gauche surtout.

Le cœur d'un volume normal présente un amincissement très marqué des parois ventriculaires. Il est rempli d'un sang noir, poisseux et contient un petit caillot fibrineux dans le ventricule droit.

Abdomen. — L'estomac est sain. Sur le trajet de l'intestin grêle existent 4 ou 5 petites invaginations, ainsi que des traces d'inflammation à leur voisinage.

Le foie est volumineux et congestionné. La vésicule biliaire est distendue par une bile très fluide. La rate est hypertrophiée, ramollie ; sa substance est convertie en bouillie. Les reins présentent quelques traces d'inflammation dans la substance corticale et la section révèle l'existence du pus. La vessie est distendue ; l'urine, d'une teinte rouge, contient une quantité notable d'albumine.

FIÈVRE PERNICIEUSE CÉRÉBRALE

Observation XLI.

. 1 juillet 1864.

Mas..., transporté. Entré à l'hôpital le 6 juillet 1864. Mort le 8, à 4 heures 1/2 du matin.

Autopsie, 15 heures après la mort.

Cerveau. — Congestion des vaisseaux de la dure-mère ; le cerveau ne contient plus que du piqueté ; dans les coupes faites suintent des

gouttelettes de sang assez volumineuses. On trouve de la sérosité dans les ventricules.

Cavité thoracique. — Congestion de tous les organes. Couleur noire du sang rappelant celle de la gelée de groseilles. Le foie ne présente rien de particulier.

Hypertrophie concentrique du cœur. Caillots fibrineux dans le cœur droit.

La bile est de couleur claire, séreuse et d'un aspect gommeux.

L'estomac est congestionné comme les autres organes et présente ainsi que l'intestin des arborisations.

Le rein présente un peu de pus. Dans la vessie et les reins, rien de particulier.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME DÉLIRANTE

Observation XLII.

28 février 1857.

Lag..., Sévère, forçat, employé à Cayenne, âgé de 42 ans, né Taures (Seine-Inférieure). Entré à l'hôpital le 28 février, mort le même jour, à 6 heures du soir.

Observations. — Cet homme habitait la Guyane depuis 5 ans, et demeurait à Cayenne depuis 16 mois. Il était cuisinier des sapeurs du génie et logeait au parc du génie sur les bords du canal Laussat, sous le vent des marais de la Madeleine. — Entré à l'hôpital trois fois déjà, il était atteint d'anémie, suite de fièvres intermittentes contractées à Cayenne.

Le 28 février 1857, il présenta à son entrée les symptômes suivants. Agitation extrême, délire, il ne répond point aux questions qu'on lui adresse, insensibilité complète, contraction des pupilles, le malade ne peut sortir la langue, les mâchoires étant convulsivement serrées. Raideur tétanique de tous les membres, peau presque moite, pouls petit, serré et fréquent.

Autopsie, 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Système musculaire assez développé, — embonpoint conservé, — pâleur de la face et des muqueuses

— contraction des pupilles. Dents serrées. Lèvres couvertes d'une légère écume, — ecchymoses sur toute la circonférence du cou et la superficie des bourses.

Cavité crânienne. — Injection très prononcée de tout le système veineux, le cerveau présente une teinte violacée, — sérosité sanguinolente dans les ventricules. — La substance cérébrale offre un piqueté très marqué.

Cavité thoracique. — Sérosité dans le péricarde. Le cœur est hypertrophié et anémié. Le sang de ses cavités est diffluent, couleur gelée de groseilles. Le ventricule droit et les oreillettes contiennent des caillots fibrineux volumineux.

Les poumons sont sains.

Cavité abdominale. — Hypertrophie du foie, qui présente une coloration vert bouteille à l'intérieur et à l'extérieur et dont la consistance est normale.

La rate est saine, un peu augmentée de volume.

L'estomac est distendu par des liquides verdâtres, — la membrane muqueuse gastro-intestinale est légèrement rosée, et ne présente pas d'ulcération.

Les reins sont sains, décolorés.

Signé : K.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME DÉLIRANTE

Observation XLIII

9 janvier 1858.

J..., Antoine, transporté, 3e catégorie, âgé de 38 ans, né à Paris (Seine). Entré à l'hôpital le 7 janvier 1858, mort le 9, à 5 h. du soir.

Autopsie, 15 heures après la mort.

Habitude extérieure.— Système pileux très développé ; maigreur assez considérable ; face grippée. Yeux profondément excavés. Bas-ventre distendu, traces de vésicatoires aux mollets.

Crâne. — Adhérences anciennes entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Ramollissement du cerveau et du cervelet. Piqueté rouge de

la substance blanche; couleur plus foncée de la substance grise Distension énorme des ventricules latéraux par un liquide blanchâtre et trouble; toute leur surface est ramollie. Destruction du septum-lucidum.

Thorax. — Adhérences anciennes et complètes entre les deux feuillets de la plèvre qu'on est obligé de déchirer pour examiner les poumons ; hépatisation rouge du poumon droit. Le gauche est sain. Un peu de sérosité très foncée dans le péricarde. Son feuillet viscéral présente de fausses membranes assez anciennes. Les cavités droites renferment un peu de sang spumeux et les gauches un sang fluide.

Abdomen. — Une sérosité très foncée, un peu verdâtre remplit tout le bassin. Les deux feuillets péritonéaux adhérent complètement entre eux, en sorte que tous les organes de la cavité abdominale forment entre eux une sorte de magma qui ne permet de les séparer les uns des autres qu'avec la plus grande difficulté. Le foie est décoloré, comme carnifié, granuleux et les veines sushépatiques sont très dilatées. La rate est énorme : 23 centimètres de long sur 13 de large.

Rien du côté des reins, ni du tube digestif.

Signé : K.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME DÉLIRANTE

Observation XLIV.

9 mars 1858.

N..., noir de la geôle. Entré à l'hôpital le 8 mars 1858, mort le 9, à 5 heures du soir.

Autopsie 15 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Constitution vigoureuse. Traces nombreuses de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes, de sinapismes aux pieds et aux cuisses, et de vésicatoires aux jambes.

Crâne. — Dure-mère saine. *Arachnoïde enflammée, épaissie, renfermant un liquide puriforme, blanchâtre et sur ses deux feuillets une*

couche membraneuse blanchâtre comme purulente, ayant l'apparence d'une gélatine concrète, plus ou moins épaisse à la base du cerveau et surtout sur le cervelet et le sommet des hémisphères cérébraux qui étaient complètement adhérents l'un à l'autre par leur face interne au-dessus du corps calleux. Le cerveau et le cervelet ne présentent rien de particulier dans leur consistance. Leur substance médullaire présente un piqueté rougeâtre, et leur substance corticale est un peu plus foncée qu'à l'état normal. *Une grande quantité de sérosité roussâtre, puriforme existait dans les ventricules latéraux; les plexus choroïdes étaient très rouges et gorgés de sang.*

Thorax. — Rien de particulier, sinon des caillots fibrineux énormes dans les cavités droites du cœur.

Abdomen. — Rate assez volumineuse, très friable, se déchirant au moindre contact. Point d'altération par ailleurs.

Signé : K.

ACCÈS PERNICIEUX APOPLECTIQUE CÉRÉBRAL.

Outre les formes précédentes, je fais entrer dans le groupe des crâniennes, certains accès qui ont été désignés sous le nom d'*apoplectiques* et dont la lésion principale est la congestion ou l'hémorrhagie cérébrale et qui, par conséquent, lui appartiennent d'une manière bien manifeste. Je réunis ici quelques autopsies qui, je l'espère, mettront l'existence et la place qui lui revient hors de doute.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME CONGESTIVE

Observation XLV.

30 mai 1861.

V..., Joseph, caporal d'infanterie de marine. Entré à l'hôpital le 30 mai 1861, mort le même jour à une heure de l'après-midi.

Autopsie 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Embonpoint remarquable du sujet. Traces de vésicatoires à chaque mollet et sur la partie antérieure de la tête.

Cavité crânienne. — Injection de la dure-mère ; à l'incision de cette membrane il s'écoule une grande quantité de sérosité citrine. Tous les vaisseaux du cerveau sont très fortement injectés. Congestion des plus manifestes de cet organe.

Cavité thoracique. — Rien de remarquable à noter.

Cavité abdominale. — Le foie est hypertrophié et présente une teinte anormale de café au lait ; à l'incision de ce viscère, le tissu un peu ramolli a pourtant conservé son éta normal. La vésicule biliaire est hypertrophiée, remplie de bile. Hypertrophie de la rate.

FIÈVRE PERNICIEUSE APOPLECTIFORME

Observation XLVI.

14 octobre 1858.

M..., Joseph-Lucien, transporté, première catégorie, venant des Cascades, âgé de 49 ans, né à Grand-Quivilly (Seine-Inférieure), apporté mort à l'hôpital le 14 octobre 1858, à 4 heures du matin.

Autopsie :

Habitude extérieure. — Pas d'amaigrissement, système musculaire assez développé. Tempérament sanguin, teinte sale et un peu jaunâtre de la peau.

Crâne. — Les méninges sont fortement injectées, surtout la pie-mère et l'arachnoïde. Celle-ci contient un peu de sérosité jaune, rougeâtre. Les veines qui rampent entre les circonvolutions cérébrales sont très volumineuses et gorgées de sang. Le cerveau est plus consistant qu'à l'état normal. La substance grise est très foncée et injectée. La substance blanche présente sous le scalpel un piqueté rougeâtre très abondant. Les ventricules latéraux renferment une grande quantité de sé-

rosité et les plexus choroïdes sont rouges et très gorgés. Le cervelet, la protubérance et le bulbe sont égalment très congestionnés.

Thorax. — Plèvres et poumons sains. Un peu de sérosité dans le péricarde. Oreillette très dilatée par un caillot sanguin énorme s'étendant dans les veines caves. Ventricule droit très dilaté, renfermant un caillot fibrineux, adhérant aux colonnes charnues et envoyant des prolongements dans l'artère pulmonaire et ses divisions. Oreillette gauche très petite. Le ventricule gauche contient un peu de sang noirâtre très fluide et il a ses parois épaissies.

Abdomen. — Foie énorme, couleur vert bouteille, très friable. Vésicule biliaire distendue par une grande quantité de bile d'un noir verdâtre. Rate volumineuse tombant en putrilage.

Rien du côté du tube digestif, si ce n'est un rétrécissement de tout le côlon, dont les parois sont appliquées les unes sur les autres. Rein et vessie à l'état normal.

Signé : K.

ACCÈS PERNICIEUX APOPLECTIFORME

Observation XLVII.

12 juin 1860.

L..., Jean, civil, entré à l'hôpital le 12 juin 1860, mort le 13 à 3 heures du matin.

Autopsie 6 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Le cadavre a conservé de la chaleur, les membres ont encore de la souplesse.

Cavité crânienne. — A l'ouverture des membranes cérébrales il s'échappe une certaine quantité de sang noir, fluide, qui peut être évaluée à 500 grammes. Les vaisseaux des méninges et des circonvolutions cérébrales sont gorgés de sang; il n'y a pas de caillot. La substance cérébrale est très chaude, les ventricules ne contiennent pas plus de sérosité qu'à l'état normal.

Cavité thoracique. — Les viscères de la poitrine ne présentent rien de particulier à noter.

Cavité abdominale. — Le foie et la rate sont d'un volume un peu plus développés qu'à l'état normal; des incisions dans la substance de ces organes donnent issue au sang dont leur tissu est gorgé. La muqueuse de l'estomac présente de nombreuses arborisations particulièrement vers le grand cul-de-sac.

FIÈVRE PERNICIEUSE APOPLECTIQUE

Observation XLVIII.

8 octobre 1857.

L..., Benjmin, matelot du *Rapide*, à la Guyane depuis un mois, âgé de 20 ans, né à Brest (Finistère), entré à l'hôpital le 7 octobre 1857, mort le 8, à 3 heures du soir.

Autopsie 19 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Système musculaire très développé, écume blanchâtre couvrant les lèvres et les narines. Les yeux sont fermés. Teinte violacée de la partie postérieure du tronc et des membres. Traces de vésicatoires aux mollets, partie interne.

Crâne. — Sérosité sanguinolente assez abondante entre les membranes. Injection très prononcée des vaisseaux de l'arachnoïde et de ceux qui rampent sur les circonvolutions. La masse cérébrale a conservé en partie sa consistance. Les ventricules ne contiennent que très peu de sérosité. La substance médullaire offre à la section une multitude de points sanguins qui reparaissent après avoir été essuyés. *Caillots sanguins à la base du crâne.*

Les organes de la poitrine et de l'abdomen ne présentent rien de pathologique [1].

Signé : M.

ACCÈS PERNICIEUX CONGESTIF

Enfin, pour être complet, j'ajouterai à ce groupe une

1. L'observation XLIX a été supprimée.

forme signalée par le docteur Chéron (3e trimestre 1861), sous le nom de *fièvre pernicieuse congestive* et qui se présente avec un certain caractère de bénignité.

« La fièvre pernicieuse, écrit-il, a fourni 15 entrées, chiffre assez élevé comme nous le voyons. C'est que nous avons rangé dans cette catégorie une série de fièvres que nous avons désignées cliniquement sous le nom de pernicieuses à forme congestive, et qui sans compromettre prochainement la vie, offraient une certaine gravité par la congestion insolite de l'encéphale, la turgescence du visage et la violence des pulsations cardiaques. C'est une véritable fièvre angéioténique avec intermittence. Cette forme s'est présentée presque exclusivement chez les soldats d'infanterie de marine arrivés nouvellement de France avec toute leur richesse de sang européen, et presque toujours a été déterminée par l'insolation.

» Les émissions sanguines, bannies ordinairement de notre pratique, jointes à l'antipériodique à haute dose, coup sur coup, nous ont paru dans ce cas le traitement rationnel nécessaire. »

Conclusions. — En résumé donc, en réunissant dans un même groupe les formes que nos prédécesseurs, peut-être sans y attacher beaucoup d'importance, ont désignées sous les noms différents d'ataxique, délirante, cérébrale, on trouve qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, chacun des groupes précédents est caractérisé par une lésion dominante, à savoir : les accès comateux par des épanchements séreux, les algides par l'état sablé, les ataxiques par des produits inflammatoires des méninges, enfin les apoplectiques par la congestion de toute la masse cérébrale. Quant à la forme congestive, l'absence d'autopsie

ne me permet pas de me prononcer, mais je suis porté à ne voir dans ces cas que de simples cas de fièvres inflammatoires.

Il est difficile, en effet, de considérer comme des accès pernicieux des affections qui ne donnent pas un seul décès sur 15 cas

---

CHAPITRE XVIII

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES *(suite)*. — ACCÈS PERNICIEUX CÉRÉBELLEUX

Les accès pernicieux cérébelleux comprennent deux formes :

1° *Les accès pernicieux convulsifs* ;
2° *Les accès pernicieux épileptiformes.*

ACCÈS PERNICIEUX CONVULSIF

Les accès pernicieux convulsifs sont relativement rares à la Guyane. Je n'ai trouvé que quatre autopsies mentionnées pendant les 28 trimestres que j'ai relevés. Je n'ai jamais vu l'accès lui-même, et n'en ai trouvé aucune observation assez complète pour mériter d'être reproduite.

Il n'en est pas de même des autopsies. Le registre de l'amphithéâtre de Cayenne, je l'ai dit, en contient quatre que je reproduis textuellement. Outre des altérations constantes du côté des méninges, épaississement, injection, sur les quatre, trois signalent une lésion de la substance cérébelleuse, qui deux fois a été trouvée ramollie, et une fois a présenté un piqueté sanguin. Dans la quatrième autopsie, l'état du cervelet n'est pas mentionné.

Malgré cette autopsie, qui du reste a pu rester incomplète, l'existence des lésions du cervelet signalées dans les trois autres me paraît suffisante pour lui faire jouer le

rôle le plus important, en ce sens que je crois que c'est à ces lésions que cet accès emprunte son expression symptomatologique spéciale, tandis que celles des méninges, si elles existaient seules, tendraient à les faire confondre avec la forme ataxique.

FIÈVRE PERNICIEUSE. FORME CONVULSIVE

Observation XLIX

18 septembre 1857.

B..., Alexandre, transporté de la 1re catégorie, employé à bord du *Surveillant*, âgé de 47 ans, né à Paris (Seine). Entré à l'hôpital le 17 septembre 1857, mort le 18, à 7 heures du soir.

Autopsie 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Système musculaire peu développé. Le globe oculaire est sensiblement rejeté en haut. Les pupilles sont dilatées.

Cavité crânienne. — Sérosité sanguinolente sur la dure-mère dont les vaisseaux sont fortement injectés. La pie-mère a pris une légère teinte violacée, elle adhère à la dure-mère en plusieurs endroits. Les espaces sous-arachnoïdiens contiennent une grande quantité de sérosité limpide. *Ramollissement de la masse cérébrale en général et du cervelet en particulier ;* les ventricules contiennent de la sérosité. La coupe du cerveau présente un piqueté très marqué.

Cavité thoracique. — Les organes de la respiration et de la circulation sont sains.

Cavité abdominale. — Estomac fortement distendu par des gaz et contenant environ 250 grammes d'un liquide porracé. Sa membrane muqueuse n'offre ni ramollissement ni ulcération.

Les autres organes ne présentent rien de pathologique.

Signé : A.

FIÈVRE PERNICIEUSE, FORME CONVULSIVE

Observation L

11 novembre 1858.

L..., Joachim, transporté, 1[re] catégorie, venant de Baduel, âgé de 34 ans, né à Martel (Lot). Entré à l'hôpital le 9 novembre 1858, mort le 11, à 9 heures du soir.

Autopsie à huit heures du matin.

Habitude extérieure. — Pas d'amaigrissement. Traces de vésicatoires aux cuisses, distension légère du ventre.

Crâne. — Injection des méninges et surtout de la pie-mère dont les vaisseaux sont énormes et distendus par du sang veineux. A la base, un peu au-devant de la protubérance, existe une suffusion sanguine; un peu de sérosité dans l'arachnoïde. *La masse encéphalique est ramollie et surtout le cervelet.* La substance corticale est plus foncée qu'à l'état normal. La substance médullaire présente un piqueté rougeâtre. Grande quantité de sérosité dans les ventricules latéraux.

Thorax. — A gauche, plèvre et poumon sains; à droite, adhérences anciennes, engouement du poumon et quelques tubercules au sommet. Un litre de sérosité dans le péricarde. Quelques fausses membranes anciennes sur la face extérieure du cœur. Oreillette droite très distendue par un caillot fibrineux blanc-jaunâtre, envoyant des prolongements dans les veines caves, dans le ventricule droit, puis dans l'artère pulmonaire et ses divisions.

Abdomen, Foie. — Très volumineux, couleur vert bouteille, adhérent par sa face supérieure au diaphragme. Vésicule biliaire distendue par une grande quantité de bile. Rate énorme, ramollie, couleur bleuâtre, tombant en putrilage. Un paquet de lombrics encore vivants existait vers la fin de l'intestin grêle et obstruait complètement cet organe. 2 ou 3 autres lombrics isolés ont été trouvés dans le tube digestif.

Reins et vessie à l'état normal.

Signé : F. K.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME CONVULSIVE

Observation LI.

25 juillet 1862.

F..., Zacharie, surveillant. Rentré à l'hôpital le 25 juillet 1862, mort le même jour à 4 heures du soir.

Autopsie 15 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Constitution vigoureuse. Vésicatoire aux deux mollets. Le cou et la partie supérieure du tronc présentent de larges ecchymoses qui doivent être attribuées à une infiltration cadavérique.

Cavité crânienne. — Injection des méninges. Il se présente du côté gauche, à la surface externe du cerveau, un épanchement de sang contenu dans une poche sans ouverture, aplatie, ayant environ 9 centimètres de longueur, sur 5 centimètres de largeur, placée entre les deux feuillets de l'arachnoïde et paraissant formée d'une fausse membrane adhérente à l'enveloppe cérébrale. Les parois de cette poche sont d'une grande densité et paraissent être de formation ancienne. — Le tissu cérébral est consistant et même induré au niveau de la poche sanguine. — Sa coupe présente un piqueté sanguin très abondant. — Liquide citrin dans les ventricules cérébraux et dans le tube rachidien. — Les os du crâne ne présentent pas d'altération si ce n'est un peu d'amincissement du coronal au niveau de son bord externe.

Thorax. — Poumons crépitants. Cœur ramolli, exsangue, il ne présente aucun caillot.

Abdomen. — Foie volumineux, gorgé de sang. Rate énorme, friable et se réduisant presque en boue splénique.

Reins contenant du pus. Rien dans les uretères et dans la vessie. Le tube digestif ne présente rien de particulier.

Signé : T.

FIÈVRE PERNICIEUSE CONVULSIVE

Observation XLII.

26 septembre 1865.

C..., quartier-maître surveillant. Entré à l'hôpital le 26 septembre 1865, mort le même jour, à 10 heures du soir.

Autopsie 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Embonpoint ordinaire. — Rigidité cadavérique.

Ouverture du crâne. — La dure-mère est très épaissie ; les sinus sont gorgés de sang ; les méninges adhèrent à la substance cérébrale, surtout au niveau des lobes frontaux ; la pulpe cérébrale de ces mêmes lobes est notablement ramollie. En pratiquant des coupes, on trouve un piqueté rouge très prononcé ; *ce piqueté existe partout, dans le cerveau et dans le cervelet*, mais il est plus marqué vers les lobes antérieurs du cerveau. — On trouve un peu de liquide citrin dans les ventricules latéraux.

Ouverture du thorax et de l'abdomen. — Le poumon gauche est très congestionné ; on y trouve disséminés de nombreux noyaux apoplectiques d'un petit volume ; le poumon droit présente à son sommet des traces de tubercules cicatrisés et quelques tubercules ramollis ; il est moins congestionné que le gauche. — Le cœur est normal ; on trouve un petit caillot jaune dans le ventricule gauche. — La rate, d'un volume ordinaire, est très ramollie ; elle adhère fortement aux organes voisins. Le foie semble sain ; à la coupe, on voit suinter du sang noir épais.

Signé : K.

ACCÈS PERNICIEUX ÉPILEPTIFORME

Les accès épileptiformes sont plus rares encore. En parcourant tous les rapports depuis 1852 jusqu'en 1877, je n'ai trouvé que deux autopsies, dont une avec l'observa-

tion. De plus j'en ai observé plusieurs sur le même malade.

Ce malade était un transporté de 55 ans environ, de complexion délicate, habitant la colonie depuis de longues années et soumis à l'influence du miasme paludéen. Les accès irréguliers qu'il avait n'offraient pas toujours le caractère épileptique avec la même netteté mais toujours, quelque légers qu'ils fussent, ils étaient accompagnés pendant la période de chaleur de quelques phénomènes nerveux et surtout par des convulsions. Mais lorsque l'accès se présentait avec plus d'intensité, il n'était pas rare de voir apparaître des symptômes qui rappelaient exactement une attaque d'épilepsie. Seule la fièvre qui existait pendant l'accès et qui le suivait, pouvait sûrement permettre d'affirmer que l'on se trouvait en présence d'une de ces manifestations étranges du paludisme et non d'un simple accès d'épilepsie.

Du reste, les quelques accès que j'ai vus, et tous sur le même sujet, je le répète, se sont toujours terminés heureusement, de sorte que si je m'en tenais à ces souvenirs l'accès épileptiforme serait un des moins graves.

Mais ces faits sont, évidemment, trop peu nombreux et je crois qu'avant de juger tout ce qui touche cette forme aussi rare qu'étrange, il faut attendre que les observations symptomatologiques et nécroscopiques se soient multipliées.

ACCÈS ÉPILEPTIFORME

Observation LIII.

Le nommé Cumin, François, né à Brest (Finistère), âgé de 55 ans, habitait la Guyane depuis 31 ans. Il était en proie depuis

fort longtemps à des accès de fièvre qu'il avait contractés dans une habitation qu'il possède aux environs de Cayenne, lorsque le 5 juin, il fut pris chez lui d'un accès que je crus pouvoir rapporter à l'épilepsie, d'après les renseignements que l'on me fournit.

Le 6 juin, jour de son entrée à l'hôpital, le malade offre les symptômes suivants:

La face est vultueuse, le pouls est régulier, plein et vibrant; chaleur normale de la peau; embarras léger dans la prononciation des mots; la peau des membres supérieurs et inférieurs n'est pas frappée d'anesthésie; les membres jouissent de toute leur liberté de mouvements. Douleur à la tête, constipation (sangsues aux mastoïdes, tisane émétisée).

Le lendemain, 7 juin, nouvel accès que je ne pus constater. Le 8, le pouls est à 112, la peau est chaude, la langue saburrale. l'intelligence est légèrement embarrassée; au moment de la visite, le malade est pris en ma présence d'un accès caractérisé par les symptômes suivants:

Contraction des membres supérieurs; l'avant-bras dans la pronation forcée, et le pouce des deux mains est fortement fléchi et porté dans l'adduction. La face est pâle; perte complète de connaissance. Les pupilles fortement dilatées. Un peu de déviation de la pointe de la langue à gauche, légère écume sur les lèvres. Le pouls est à 115, petit et filiforme. L'accès dura environ un quart d'heure au bout duquel la réaction se manifesta. (Lavement purgatif, potion chloroformée à 1 gr. à prendre par cuillerées lavement avec sulfate de quinine, 2 gr., après la selle produite par le lavement purgatif). Le lavement de quinine est conservé. Un léger accès survient le 9 juin au matin. La déglutition était difficile, je prescrivis un nouveau lavement avec 2 gr. de sulfate de quinine. Il ne survient plus d'accès jusqu'au 11, jour où, malgré l'usage de la quinine, le pouls monte à 128. Il est mou et dépressible. Le malade tombe dans un état comateux (Vésicatoires aux mollets et aux cuisses; 3 grammes de quinine en lavement).

Le 12, la fièvre continue, le pouls est à 148, la peau est chaude. Un peu de moiteur survient. Amélioration légère dans l'état du

malade (même prescription que la veille). Le soir, l'état comateux reparaît : Le pouls est filiforme ; la déglutition est impossible et le malade succombe malgré les moyens révulsifs employés.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité cranienne tous les vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang. Les espaces sous-arachnoïdiens contiennent une grande quantité de sérosité sanguinolente. La pie-mère présente un aspect violacé. Le cerveau est ramolli et offre à la section un piqueté très marqué. Les ventricules renferment une notable quantité de sérosité. *Le cervelet est fortement injecté, ramolli et diffluent.*

La cavité thoracique n'offre rien de particulier à remarquer si ce n'est une transformation graisseuse d'une portion du ventricule droit du cœur.

Dans la cavité abdominale, le foie et la rate sont hypertrophiés et gorgés de sang noir qui s'échappe en nappe à l'incision.

FIÈVRE PERNICIEUSE ÉPILEPTIFORME

Observation LIV.

1er octobre 1857.

D... François, surveillant, âgé de 36 ans, né à Craz (Ain). Entré à l'hôpital le 29 septembre 1857, mort le 1er octobre, à 3 heures du soir.

Autopsie à huit heures du matin.

Habitude extérieure. — Rien de remarquable à noter.

Crâne. — Injection très prononcée du sinus longitudinal supérieur et des latéraux. Sérosité sanguinolente entre les enveloppes du cerveau et dans les ventricules. Les plexus choroïdiens sont gorgés de sang. *Ramollissement de la masse cérébrale et du cervelet en particulier.* Granulations nombreuses (glandes de Pacchioni) à la surface des deux hémisphères. Décoloration sensible de la substance grise. Foyer sanguin en arrière de la protubérance occipitale.

Poitrine. — Poumons sains et crépitants. Cœur décoloré et ramolli. Caillots fibrineux dans les ventricules, les oreillettes et les gros vaisseaux.

Abdomen. — Foie de volume normal, légèrement décoloré, très friable. Rate ramollie et hypertrophiée, gorgée de sang noir et visqueux. Estomac très distendu par des gaz. Muqueuse gastro-intestinale à l'état sain.

Signé : E. F.

CHAPITRE XIX

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES *(suite)*

ACCÈS PERNICIEUX RACHIDIENS

Accès pernicieux rachidiens. — Aux lésions du rachis ne semble se rattacher qu'une forme d'accès pernicieux, *la forme tétanique.*

Comme les formes dont j'ai localisé les lésions dans le cervelet, celles dont les lésions siègent dans le rachis sont relativement très rares. Quatre décès seulement par suite d'accès tétanique figurent dans ma statistique, et je n'ai pu réunir que trois autopsies [1]. Et sur ces trois cas désignés sous le nom de tétaniques d'après les phénomènes constatés du vivant, dans un seulement l'examen du rachis a été fait. C'est donc le seul que je reproduirai, et comme précédemment, sans le faire suivre d'aucune considération.

1. Cependant d'après quelques passages des rapports sur le service de santé à Cayenne, passages que je reproduis, ces accès ne paraîtraient pas avoir été aussi rares. Ils constatent de plus leur extrême gravité.

Archives du conseil de santé de Cayenne. Rapport du 4e trimestre 1862.

« Parmi les fièvres pernicieuses, je signalerai surtout comme propre à la Guyane, la forme *ataxique tétanique.*

» Le malade se trouve pris aux heures des accès d'une véritable crise de tétanos, et jusqu'à ce jour, malgré les traitements les plus appropriés, il a été impossible d'enregistrer un seul succès. »

Rapport du 3e *trimestre* 1864.

« Parmi les formes pernicieuses, je signalerai surtout les formes *ataxiques tétaniques* pour lesquelles jusqu'à ce jour il a été impossible d'enregistrer plus de deux cas de guérison ».

FIÈVRE PERNICIEUSE TÉTANIQUE

Observation LV.

19 août 1864.

C..., soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 10 août 1864, mort le même jour à 6 heures du soir.

Autopsie 15 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Forte constitution; cyanose générale du corps.

Crâne. — Injection très prononcée des membranes du cerveau. Une coupe faite au niveau du corps calleux (qui est ramolli) laisse voir un piqueté abondant. — La substance grise a une consistance plus forte et une coloration plus foncée qu'à l'état normal, quelle que soit la partie de l'organe que l'on examine.

Le canal vertébral ouvert dans une étendue de 30 *centimètres, présente à considérer :* 1° *le réseau vasculaire qui entoure la moelle, distendu par du sang noir ;* 2° *des caillots sanguins adhérents à toutes les branches nerveuses cervicales et thoraciques. La moelle a ceci de particulier que les faisceaux antérieurs sont plus mous que les postérieurs.* Rien dans les olives du bulbe ni du cervelet.

Les muscles de la région postérieure du cou sont émaciés et se déchirent à la moindre traction, jusqu'au niveau de l'insertion inférieure du trapèze.

Thorax. — Les poumons présentent l'hépatisation rouge ; la substance propre est friable sous les doigts. Le péricarde contient un peu de liquide sanguinolent (100 gr.). Le cœur est flasque, — le ventricule gauche a deux fois la capacité normale, — le droit est à l'inverse; — les parois desdits ventricules sont teintes d'une couche de sang rouge groseille très adhérent.

Abdomen. — Foie gorgé de sang noir, — vésicule biliaire distendue par un liquide de couleur foncée assez liquide. Rate atrophiée. Intestins et estomac distendus par des gaz; quelques arborisations.

Reins congestionnés. — Les calices contiennent du pus très bien lié, — la vessie appliquée contre le pubis est dans un état de vacuité complète.

Signé : B.

CHAPITRE XX

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES (*suite*). — ACCÈS PERNICIEUX THORACIQUES

Les accès pernicieux caractérisés par les lésions d'un ou de plusieurs organes thoraciques constituent à la Guyane un groupe assez nombreux.

Sur les 220 décès par suite d'accès pernicieux, 23 lui appartiennent. Ils y figurent sous les dénominations diverses de *pulmonaire, syncopale*, *apoplectique* et *pneumonique.*

J'aurais pu étudier chacune de ces formes successivement et me contenter de rechercher quelles sont, pour chacune d'elles, les lésions qui leur correspondent. C'était ma première pensée. Mais l'examen comparatif de leur symptomatologie et de leurs lésions anatomiques, en me convainquant que les symptômes, quelque variables qu'ils fussent, étaient toujours en rapport avec les lésions, m'ont inspiré le désir de donner de toutes ces formes une division absolument anatomique et de tirer leur nom des principaux organes atteints.

La lecture des autopsies que je reproduis prouvera, en effet, que chacun des principaux organes du thorax, poumons, plèvre, cœur et péricarde peuvent être lésés soit séparément soit simultanément. En aucune autre circonstance on ne trouvera une meilleure confirmation de mes idées sur la *localisation* des lésions dans les accès pernicieux.

Comme on l'a déjà vu pour les centres nerveux, toutes les lésions, depuis la congestion la plus passagère jusqu'à l'épanchement, l'hémorrhagie et l'inflammation confirmée, peuvent être observées. Ce n'est là qu'une question de durée. Que le mouvement fluxionnaire se limite sur les bronches et ne dure que quelques heures, et nous assisterons à ces accès de bronchites intermittentes signalés il y a plus de vingt ans déjà, dans les rapports des chefs de service à la Guyane [1]. C'est-à-dire que, pendant la durée d'un accès de fièvre intermittente le mieux caractérisé, on verra apparaître tous les symptômes de la bronchite : râles sibilants et ronflants, toux opiniâtre, etc. Puis lorsque l'accès finit, tout disparaît avec lui. C'est une bronchite évoluant en quelques heures, mais qui s'arrête le plus souvent à la période congestive. Que l'accès dure quelques heures de plus et des produits inflammatoires se forment. Dans ces cas il est fréquent de voir les symptômes d'une bronchite légère suivre l'accès.

Mais dans ces cas, ces phénomènes se reproduisant toutes les fois que le même sujet a un accès de fièvre, la liaison qui existe entre eux et l'infection palustre ne saurait être mise en doute.

1. *Archives du Conseil de santé de Cayenne.* — 1861 — 4e *Trimestre. Rapport de M. Chapuis* :

« Les formes pulmonaires et bronchiques ont été surtout fréquentes. Elles présentaient pendant l'accès tous les symptômes de la bronchite aiguë ou de la pneumonie. Pendant l'apyrexie, qui était quelquefois de 12 à 15 heures, toute trace d'inflammation des voies aériennes disparaissait. La toux se calmait, les crachats seuls restaient épais mais l'expectoration se faisait facilement et l'on ne retrouvait plus les signes stéthoscopiques qui existaient pendant le paroxysme. Dans deux cas qui ont entraîné la mort on a trouvé une congestion hypostatique des poumons dont le tissu était ramolli, mais sans lésion organique. »

Dans ce qui va suivre j'étudierai successivement les formes :

Pneumonique,
Pleurétique,
Pleuro-pneumonique,
Pleuro-péricardique,
Pleuro-pneumo-péricardique.

ACCÈS PNEUMONIQUE

L'*accès pneumonique*, si l'on s'en tenait aux statistiques, serait de beaucoup le plus commun. C'est que la plupart des médecins ont donné ce nom à tous les accès ayant présenté des symptômes pulmonaires, que ces derniers fussent ou ne fussent pas réunis à des symptômes relevant d'un autre organe. Aussi le nombre des accès qui méritent réellement le nom de pneumoniques est-il bien plus rare, si l'on se base sur les autopsies. Parmi ces autopsies, je n'en ai trouvé que quatre dont les lésions fussent limitées aux poumons.

Or sur ces quatre cas, trois sont caractérisés par une simple congestion du tissu pulmonaire et l'autre par une véritable hépatisation.

L'*accès pneumonique* est un de ceux qui ont le plus surpris les médecins exerçant dans les pays paludéens et qui ont été étudiés avec le plus de soin [1]. Le décrire serait

1. *Archives du Conseil de santé de Cayenne.* — 1861 — 3e *Trimestre, M. Chéron :*

« Les fièvres typhoïdes et bronchiques ont coïncidé avec l'apparition d'une fièvre pernicieuse que nous désignerons sous le titre de fièvre *pernicieuse pulmonaire ou pneumonique.*»

Sept hommes en ont été atteints, mais malgré le caractère d'extrême gravité qu'elle a présentée chez tous, un seul a succombé. Dans cette

à peu de chose près décrire la pneumonie. Qu'il me suffise de dire que tous les symptômes essentiels de cette dernière s'y trouvent et qu'ils se succèdent dans le même ordre et avec la même régularité. Aussi, seule, l'existence antérieure du paludisme peut-elle guider le médecin au début. Il y a là une difficulté de diagnostic que seule la pratique des pays chauds peut surmonter.

Ces difficultés diminuent d'une manière sensible dans la suite. Tout, en effet, dans l'accès pernicieux, se précipite ; l'affection offre une marche dont la rapidité laisse loin derrière elle celle de la pneumonie franche. Cette évolution est surtout frappante quand la terminaison est heureuse. Dans ces cas, et ce sont les plus fréquents, après avoir constaté les signes les plus inquiétants d'une pneumonie franche ayant envahi parfois les deux poumons, on voit tous ces symptômes disparaître comme par enchantement au milieu d'une sueur profuse, et le malade passe de l'état grave dans lequel il était la veille, à l'état complet de santé presque sans convalescence.

Quoique aucune statistique spéciale de cette forme n'ait été faite, je pense que son pronostic participe de la bénignité de toutes les formes thoraciques. Je n'ai pas besoin d'y revenir.

Son anatomie pathologique est celle de la pneunomie

forme pernicieuse franchement intermittente, chaque accès s'est montré le plus souvent avec ses trois stades et quelques-nns ont affecté le type tierce. Les accès des premiers jours étaient accompagnés de l'exacerbation de tous les symptômes propres à la première période de la pneumonie. Les accès suivants ont présenté jusqu'à la guérison une aggravation momentanée des symptômes propres aux phases diverses de cette affection. Ainsi chaque nouvel accès augmentait par son paroxysme la gravité de la maladie, révélait d'une manière saisissante le degré auquel elle était arrivée et confirmait ce que l'auscultation et la percussion avaient d'ailleurs fait constater. »

à ses différents stades : congestion, hépatisation rouge et grise, suppuration.

Le traitement est un des points sur lesquels je veux le plus insister. On ne saurait, ici tout en se rappelant la nature inflammatoire du processus qui se déroule sous notre oreille, oublier l'influence sous laquelle il s'est développé. Aussi le sulfate de quinine doit-il être administré concurremment avec les antiphlogistiques et les révulsifs. Mais vu l'imminence constante de l'anémie à la Guyane, et surtout l'impossibilité de revenir à la saignée à chaque accès, il faut s'en tenir aux émissions sanguines locales, soit aux sangsues, soit, si elles venaient à manquer, ce qui arrive souvent sur les points isolés de la colonie, aux ventouses scarifiées.

Quelque éloigné que l'on soit aujourd'hui de la saignée, je crois devoir dire que si les émissions sanguines locales, paraissaient insuffisantes, dans aucun autre cas on ne serait plus autorisé d'y revenir.

Il me semble que de nos jours le médecin est peut-être trop dominé par la crainte de l'anémie, et qu'en renonçant aux saignées, il s'est privé d'un moyen bien puissant. En tous cas, je pense que la crainte de l'anémie ne saurait entrer en ligne de compte dans un cas aussi grave que celui dont je m'occupe, et qu'avant de se demander dans quelles conditions se fera la convalescence, il est d'abord indispensable d'y conduire le malade. Les autopsies que je reproduis prouvent que c'est du reste ainsi que la question a été jugée par ceux qui ont eu à soigner ces accès.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME PULMONAIRE

Observaiton LVI

12 juillet 1861.

T..., Joseph, soldat d'infanterie de marine. Entré à l'hôpital le 12 juillet 1861, mort le même jour à 6 heures du soir.

Autopsie 14 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Complexion assez robuste. Embonpoint conservé. — *Trois piqûres de lancette, deux à la médiane basilique, une à la basilique.*

Crâne. — Injection des vaisseaux superficiels des circonvolutions du cerveau. — Pas de ramollissement de la matière cérébrale.

Thorax. — Le cœur n'a pas été observé à l'intérieur ; aspect extérieur normal.

Au premier aspect, les poumons présentent une teinte d'un rouge foncé bien différente de la teinte rosée normale. Le poumon incisé est gorgé d'un sang rouge et spumeux s'écoulant avec abondance.

Le foie présente un aspect normal, seulement la vésicule biliaire est fortement distendue par un liquide d'un jaune brillant.

L'estomac d'un volume et d'un aspect normal a été ouvert, il est rempli d'une quantité considérable de bile. — La rate hypertrophiée offre à l'incision un tissu désorganisé d'un brun foncé, presque noir et d'une consistance semblable à celle de la bouillie. — N'ont point été observés les reins ni la vessie.

Les intestins offrent un aspect extérieur normal.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME PULMONAIRE.

Observation LVII.

S..., Baptiste, soldat d'infanterie de marine. Entré à l'hôpital le 20 septembre 1862, mort le même jour à 11 heures du soir.

Habitude extérieure. — Bonne constitution. — Pâleur de la face. — Traces de vésicatoires aux mollets et à la nuque. — Deux ventouses scarifiées sur la partie antérieure du thorax. — *Piqûre de la veine basilique droite.*

Cavité crânienne. — N'a pas été ouverte.

Thorax. — *Poumon droit hépatisé et se laissant facilement déchirer.* — *Poumon gauche fortement gorgé de sang.* — Les bronches contiennent une grande quantité de matière muco-purulente. — Rien de particulier dans le cœur.

Cavité abdominale. — Rate hypertrophiée et réduite en bouillie. — Reins contenant du pus. — Rien de particulier par ailleurs.

FIÈVRE PERNICIEUSE PULMONAIRE

Observation LVIII

1er octobre 1861.

S..., Pierre, transporté. Entré à l'hôpital le 28 septembre 1861, mort le 1er octobre, à deux heures après midi.

Autopsie 15 heures après la mort.

Crâne. — Contient une quantité assez considérable de sérosité sanguinolente.

Thorax. — Le cœur est flasque et noirâtre. — *Les poumons sont gorgés de sang noir surtout à la base et en arrière.* — *Le tissu ramolli se laisse facilement déchirer.* Pas de noyaux apoplectiques, — quelques adhérences sur les côtés du poumon gauche.

Abdomen. — La surface de la muqueuse de l'estomac est baignée de sang ; hypertrophie du foie et de la rate, mais principalement de ce dernier organe ; le tissu comme celui des poumons est ramolli et diffluent.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME PULMONAIRE

Observation LIX.

13 décembre 1862.

M..., Pierre-Philippe, transporté. Entré à l'hôpital le 12 décembre 1862, mort le 13, à 4 heures du soir.

Autopsie 20 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Fortement constitué.

Les poumons sont *gorgés de sang noir.* — Le foie n'a rien offert de particulier. — La rate a un volume triple du volume normal.

Les reins, les intestins sont sains. — Le cœur a son volume normal ; mais en ouvrant son ventricule droit on aperçoit un énorme caillot organisé qui prend son insertion à la partie inférieure de l'organe et qui se bifurque en haut. Une des divisions s'engage dans l'oreillette droite et s'y termine sans adhérence par un renflement considérable. — L'autre se prolonge à 3 cent. environ dans l'artère pulmonaire qu'il remplit en partie.

Un autre caillot moins volumineux s'observe dans le ventricule gauche et remonte à 2 cent. dans l'aorte.

ACCÈS PERNICIEUX PLEURÉTIQUE

La forme pleurétique a été beaucoup moins étudiée que la précédente. Je l'ai trouvée cependant signalée dans plusieurs rapports mais aucun d'eux ne contient d'observation.

Le seul document que j'ai pu recueillir sur cette forme rare est l'autopsie suivante que je me contente de reproduire.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME PLEURÉTIQUE

Observation LX.

22 février 1859.

D..., Pierre, transporté, première catégorie, venant des Casca-

des, âgé de 30 ans, né à Vievibroger (Loir-et-Cher). Entré à l'hôpital le 12 février 1859, mort le 22, à 11 heures du soir.

Autopsie à 8 heures du matin.

Habitude extérieure. — Teinte terreuse de la peau, amaigrissement assez prononcé. Anthrax au sacrum. Traces de vésicatoires aux jambes.

Crâne. — La dure-mère est un peu injectée. L'arachnoïde est couverte d'un pointillé rougeâtre et présente en plusieurs endroits, surtout à la base du crâne, une foule de fausses membranes blanchâtres. Engorgement de la pie-mère. Léger piqueté de la substance blanche. Sérosité blanchâtre dans les ventricules latéraux. Injection des plexus choroïdes

Thorax. — Rien à droite. *Le poumon gauche est entièrement adhérent aux parois thoraciques; depuis le milieu jusqu'à sa base existe dans la cavité pleurale un vaste épanchement purulent, verdâtre, de la contenance de deux litres environ, tenant en suspension une foule de grumeaux blanchâtres.* Sérosité blanchâtre dans le péricarde et fausses membranes anciennes sur la face extérieure du cœur. Les cavités droites de celui-ci contiennent une foule de caillots sanguins noirâtres. Rien dans les cavités gauches.

Abdomen. — Foie volumineux, s'étendant dans l'épigastre et l'hypocondre gauche et adhérent en partie au diaphragme. Rate énorme, ramollie, tombant en putrilage. Le tube digestif et les reins n'offrent rien d'anormal.

Signé : F. K.

ACCÈS PERNICIEUX PLEURO-PNEUMONIQUE

La symptomatologie de *l'accès pleuro-pneumonique* n'est pas plus avancée que celle de la forme précédente. Mais j'ai pu, parmi les autopsies désignées sous les noms de formes pulmonaires, pneumoniques, en trouver deux cas qui en sont des exemples bien évidents.

Observation LXI.

F.... Vincent, soldat d'infanterie de marine. Entré à l'hôpital le 29 juillet 1862, mort le même jour à 7 heures du soir.

Autopsie 15 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Constitution vigoureuse. — Vésicatoires aux deux mollets. — Le cou et la partie supérieure du tronc présentent de larges ecchymoses.

Cavité thoracique. — Poumons : — adhérences nombreuses de la plèvre ; masse tuberculeuse en suppuration aux sommets des deux poumons ; caverne assez considérable du côté droit, — tout le reste du tissu pulmonaire est à l'état d'hépatisation rouge. — Cœur vide ; son tissu est ramolli.

Cavité abdominale. — Foie à l'état normal. — Rate hypertrophiée et diffluente. — Reins présentant du pus en petite quantité. — Rien dans les autres organes.

T.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME PNEUMONIQUE

Observation LXII

29 octobre 1868.

G..., Charles, provenant du *Grondeur*. Entré à l'hôpital le 23 octobre 1868, mort le 29 du même mois à 2 heures du matin.

Autopsie 8 heures après la mort.

Cavité thoracique. — *Poumon droit, hépatisation grise contenant plusieurs collections purulentes.* — Poumon gauche sain. — *Les deux poumons sont adhérents à la plèvre costale.* — Cœur, volume nature contenant plusieurs caillots fibrineux.

Cavité abdominale. — Foie hypertrophié, son tissu friable et contenant du sang noir ayant la coloration et la consistance du sirop de groseilles.

Estomac. — Sa membrane interne ramollie, sans coloration. Ce viscère contenait un liquide verdâtre. Rate hypertrophiée, son tissu est friable et les autres organes dans un bon état.

Signé : F.

ACCÈS PNEUMO-PÉRICARDIQUES ET PLEURO-PNEUMO-PÉRICARDIQUES

Il en est de même des deux formes qui me restent à parcourir, les *pneumo-péricardiques* et *les pleuro-pneumo-péricardiques*. Leur symptomatologie est toute à faire. Cependant en me basant sur la similitude des symptômes entre la pneumonie ordinaire et la paludéenne, je pense qu'on doit s'attendre à trouver la même similitude quand il s'agit d'une pleurésie, d'une péricardite, ou de la réunion plus ou moins intime de ces deux affections.

CHAPITRE XXI

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES *(suite)*

ACCÈS PERNICIEUX DE FORME ABDOMINALE

Les lésions, que jusqu'à présent nous avons vu se produire dans les organes des cavités cranio-rachidiennes et thoraciques, peuvent également se montrer dans ceux de la cavité abdominale. Le processus en est le même. Ces localisations paraissent cependant beaucoup plus rares que les autres, ou peut-être leur danger étant moindre, ont-elles été moins remarquées.

Ici encore, pour procéder avec méthode, il faut admettre un certain nombre de divisions, et, tout en respectant les formes cliniques établies, les répartir dans différents groupes anatomiques.

Peut-être y aura-t-il beaucoup à revoir dans la classification que j'ai admise. Elle servira, cependant, je l'espère, à grouper les faits et permettra de les comparer entre eux. Ne fût-ce donc qu'à ce point de vue, je la crois encore utile.

Les autopsies que j'ai pu recueillir permettent jusqu'à présent d'établir trois formes selon que les organes suivants sont atteints :

1° *Lésions de l'estomac ;*
2° *Lésions de l'iléon ;*
3° *Lésions de l'iléon et du gros intestin.*

ACCÈS PERNICIEUX DE FORME STOMACALE

Le premier groupe n'est basé que sur une autopsie, mais elle m'a paru si nette que je la crois suffisante.

Observation LXIII.

FIÈVRE PERNICIEUSE COMPLIQUÉE D'HÉMATÉMÈSE

19 septembre 1857.

M... Pierre, transporté de la première catégorie, provenant du Gardien. Apporté mort à l'hôpital le 19 septembre 1857 à huit heures du matin, âgé de 48 ans, né à Longepierre (Saône-et-Loire).

Autopsie sept heures après la mort.

Habitude extérieure. — Embonpoint conservé. Teinte d'un jaune sale de toute l'enveloppe tégumentaire. Traces d'écoulement sanguin par le nez, la bouche et le rectum.

Cavité crânienne. — Épanchement séro-sanguinolent sur toutes les enveloppes du cerveau et dans les ventricules. Ramollissement très sensible de la substance cérébrale.

Cavité thoracique. — Poumons sains; les plèvres contiennent une certaine quantité de liquide. Cœur normal.

Cavité abdominale. — Hypertrophie du foie, sans changement de coloration; son tissu est carnifié. Hypertrophie très considérable de la rate, dont le tissu n'est pas ramolli et crie sous le scalpel. Cet organe a dans son plus grand diamètre en largeur 15 cent. et atteint jusqu'à 31 cent. dans son grand diamètre en longueur.

L'estomac est énormément distendu; il contient environ 500 *grammes de sang, à l'état liquide, dans lequel nage un caillot sanguin très volumineux; sa membrane muqueuse est fortement injectée, couleur lie de vin. On y remarque des érosions et des ulcérations à bords élevés en assez grand nombre.*

Le péritoine renferme environ 3 litres de sérosité jaunâtre. Les autres organes sont sains.

ACCÈS PERNICIEUX ENTÉRIQUE

C'est dans ce groupe que l'on doit placer *la fièvre pernicieuse typhoïde* qui n'est pas rare à la Guyane, puisqu'elle figure pour 6 cas dans le tableau qui ne comprend que 7 trimestres. Sa gravité paraît extrême. Sur ces 7 cas, en effet, 5 ont été suivis de mort. Malheureusement les autopsies n'ont pas toujours été faites. Je n'ai pu en retrouver qu'une et encore est-elle bien concise [1].

FIÈVRE PERNICIEUSE TYPHOIDE

Observation LXIV

10 décembre 1865.

V..., immigrant indien. Entré à l'hôpital le 9 décembre 1865. mort le 10 à 9 heures 45 du soir.

1. J'ai retrouvé de plus la mention suivante dans le *rapport du 3e trimestre* 1861 (*Archives du conseil de santé de Cayenne*) :

« Deux autres formes de fièvres rémittentes méritent d'être signalées spécialement. Elles ont été observées également dans le service de la transportation. Nous les désignerons avec l'observateur sous le nom de *rémittentes typhoïdes* et de *rémittentes bronchiques*.

» Ces deux affections se sont montrées avec tous les symptômes ordinaires de la bronchite aiguë et de la fièvre typhoïde adynamique. Deux hommes qui ont été atteints de cette dernière sont morts quatre jours après leur entrée ; le troisième n'a succombé que le dix-huitième jour. Sur tous les trois, l'autopsie a révélé, sur l'intestin grêle, des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde et on aurait pu se borner à indiquer cette affection sous le nom de fièvre typhoïde, sans le caractère remarquable de rémittence qu'elle a offert. »

Autopsie :

Cœur. — Caillots volumineux dans l'oreillette droite, moins volumineux dans le ventricule correspondant. — Péricarde plein de sérosité.

Sang — d'une couleur et d'une consistance qui rappelle la gelée de groseilles fluide.

Foie — très volumineux ; gorgé de sang qui présente les caractères déjà indiqués.

Bile — consistance gommeuse.

Rate — plus volumineuse qu'à l'état normal.

Reins : — du pus sort de l'uretère par la compression de l'organe.

Intestins. — *Plaques de Peyer congestionnées. Le reste de l'intestin présente de nombreux points également congestionnés,* ainsi que le gros intestin. Pas d'ulcérations. Ascarides lombricoïdes.

Signé : B.

ACCÈS PERNICIEUX COLITE

Le troisième groupe caractérisé par des lésions du gros intestin correspond surtout à l'*accès dysentérique ;* j'en donne deux autopsies.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME DYSENTÉRIQUE

Observation LXV.

5 avril 1864.

D.., transporté. Entré à l'hôpital le 5 avril 1864, mort le même jour à 11 heures du soir.

Autopsie 16 heures après la mort.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Cavité thoracique. — Les poumons ne présentent rien de par-

ticulier ; — dans le ventricule droit du cœur on trouve deux caillots fibrineux assez considérables.

Cavité abdominale. — Le foie est volumineux, — la rate un peu hypertrophiée, — *les intestins sont enflammés dans toute leur étendue et quelques points sont prêts à s'ulcérer.*

Signé : R.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME DYSENTÉRIQUE

Observation LXVI.

25 août 1850.

Habitude extérieure. — Dénudation légère du crâne. Peu d'amaigrissement.

Légère teinte jaunâtre des conjonctives. Tatouage général des membres et du corps.

Poitrine. — Un peu de sérosité dans les plèvres. — Poumons sains, — un litre de sérosité foncée dans le péricarde qui a une couleur laiteuse ; quelques traces de fausses membranes sur son feuillet viscéral. Cœur peu volumineux, la graisse qui entoure sa base, assez rare, d'une teinte rosée, est infiltrée de sérosité. Caillots sanguins, noirâtres, dans les cavités droites. Le ventricule droit est petit, très rétréci. Les cavités gauches sont à l'état normal. La pointe du cœur est épaissie, hypertrophiée aux dépens de la cloison et du ventricule droit.

Abdomen. — Foie normal. Un peu de bile dans la vésicule. Rate assez volumineuse, ramollie, tombant en un putrilage couleur lie de vin. L'estomac et l'intestin grêle n'offrent rien d'apparent. *Tout le gros intestin, l'S iliaque et le rectum présentent une inflammation très vive de toute la muqueuse, ses parois sont épaissies. Une foule de petites ulcérations à fond noirâtre, de forme et de dimensions diverses, recouvrent toute sa surface. Dans leurs intervalles, la muqueuse est rouge, fortement injectée, et on y voit de petites granulations blanchâtres arrondies de la grosseur d'un grain de millet.* Rien du côté des organes génito-urinaires.

Signé : F. K

ACCÈS CHOLÉRIFORME

C'est également aux formes abdominales que je rattacherai l'accès cholériforme. Cet accès paraît rare à la Guyane. Je n'en ai jamais observé et il ne figure qu'une fois sur le tableau récapitulatif comprenant 244 accès pernicieux. Je n'ai également trouvé aucune autopsie qui puisse lui être rapportée, aussi me contenterai-je de le mentionner:

ACCÈS PERNICIEUX ICTÉRIQUE

Enfin c'est également aux formes abdominales que je dois rattacher un accès dont je trouve l'observation dans le rapport médical du 1er trimestre de 1861.

« Les fièvres pernicieuses, y est-il dit, n'ont pas été nombreuses. Cinq seulement ont été observées, dont deux suivies de mort. L'une de forme comateuse et l'autre que nous désignerons sous le nom de *forme ictérique,* ne pouvant trouver une explication plus satisfaisante d'une mort aussi rapide et dans des circonstances aussi inattendues.

Observation LXVII.

» M. X... capitaine du génie, ayant déjà subi une atteinte de coliques sèches pour laquelle il lui avait été délivré un congé de convalescence, dont il n'avait pas pu ou voulu profiter, était entré à l'hôpital depuis trois ou quatre jours pour une nouvelle attaque de cette maladie. Il y était traité par M. le médecin en chef dont je fais actuellement l'intérim.

» Le troisième jour la constipation opiniâtre, les douleurs abdominales étaient vaincues, et à la visite du matin du 21 février, nous le trouvâmes dans l'état suivant. : Des évacuations abondantes, des vomissements bilieux presque incessants avaient eu lieu pendant

la nuit à la suite de 5 gouttes de croton-tiglium. L'amélioration était notable de ce côté. Cependant l'épuisement dans lequel l'avaient jeté sans doute les évacuations nombreuses de la nuit, laissait voir une altération profonde de la voix, une dépression générale des forces que ne pouvaient expliquer si peu de jours de souffrance.

» A onze heures du matin, il fut repris de vomissements incoercibles, et de la bile fut rendue en même temps par le rectum. Le pouls devint fréquent, puis à peine sensible, et le malade expirait quelques instants après.

» L'autopsie ne put être faite. »

CHAPITRE XXII

FORMES PALUDÉENNES COMPLIQUÉES *(suite)*. — ACCÈS PERNICIEUX A FORMES MIXTES. — CRANIO-THORACIQUES

Le groupe mixte que j'ai désigné sous ce nom ne comprend que deux formes : *la syncopale* et *l'apoplectique*.

ACCÈS PERNICIEUX SYNCOPAL

Cet accès est très rare à la Guyane. Je n'en ai trouvé qu'un cas dans la statistique que j'ai souvent citée et le registre de l'amphithéâtre ne m'a fourni que quatre autopsies. Or sur ces quatre autopsies, deux seulement sont complètes, en ce sens que dans deux, la cavité cranienne n'a pas été examinée.

Dans les deux que l'on peut considérer comme complètes, les poumons ont été trouvés sains et les lésions qui dominent, outre la congestion du foie et de la rate, qui appartiennent en général à tous les accès pernicieux, sont des altérations de la plèvre (adhérences et épanchements) et des lésions des méninges (épanchements séreux et traces d'inflammation).

FIÈVRE PERNICIEUSE A FORME SYNCOPALE

Observation LXVIII.

8 juin 1858.

A..., Solomon, transporté, 1ère catégorie, venant du Gardien,

âgé de 29 ans, né à Paimpol. Entré à l'hôpital le 6 juin 1858, mort le 8, à 8 heures du soir.

Habitude extérieure. — Embonpoint conservé. Vergetures à la partie postérieure du tronc et des membres. Trace de vésicatoire entre les épaules.

Crâne. — *Exsudation sanguine sur la dure-mère, injection très prononcée des méninges et surtout de la pie-mère. Hypertrophie des glandes de Pacchioni. Sérosité dans les espaces sous-arachnoïdiens. Les plexus choroïdes sont fortement engorgés.* Les ventricules ne contiennent que peu de sérosité citrine. *Piqueté très marqué de toute la substance cérébrale.* Il n'y a pas de ramollissement du cerveau.

Thorax. — Adhérences pleurales anciennes du côté gauche; poumons sains. *Sérosité dans le péricarde.* Hypertrophie des parois du ventricule gauche. L'oreillette droite est distendue par une grande quantité de sang noir et poisseux. Caillots fibrineux dans la cavité et remontant l'intérieur du gros vaisseau.

Abdomen. — La rate est de dimension et de consistance normales. Les autres organes sont également sains.

Signé : B. L.

FIÈVRE PERNICIEUSE A FORME SYNCOPALE

Observation LXIX.

25 août 1859.

Y..., Nicolas, transporté, venant de Mont-Joly, âgé de 59 ans, né à Nîmes. Entré à l'hôpital le 21 août, mort le 25 à 4 heures 1/2 du soir.

Habitude extérieure. — Pas d'amaigrissement, teinte très foncée de la peau, traces de vésicatoire à la nuque.

Crâne. — *Sérosité abondante dans l'arachnoïde qui présente à sa surface une couleur blanchâtre laiteuse. La pie-mère est rougeâtre, très injectée. Le cerveau est un peu ramolli et offre à la coupe un piqueté assez prononcé de sa substance médullaire. Sa substance corticale est un peu plus foncée que dans l'état normal. Sérosité dans les*

ventricules latéraux, dont les vaisseaux sanguins des planchers sont très engorgés. Rougeur et injection des plexus choroïdes. Ramollissement très prononcé du cervelet, surtout à sa circonférence. Thorax : — *un peu de sérosité dans la cavité pleurale à gauche.* Poumons sains. — *Un litre de sérosité très foncée dans le péricarde, dont la cavité présente une teinte laiteuse. Sur le cœur on aperçoit plusieurs fausses membranes organisées, blanchâtres, assez épaisses, sous forme rubanée. A sa base existent plusieurs adhérences entre les 2 feuillets du péricarde.* Les cavités droites du cœur contiennent un long caillot fibrineux, ambré, envoyant des prolongements dans les veines caves et l'artère pulmonaire. Les cavités gauches renferment un peu de sang diffluent.

Abdomen. — Foie très volumineux, couleur vert bouteille, très gorgé de sang. La vésicule biliaire contient une assez grande quantité de bile liquide, verte tirant sur le jaune sale. La rate est énorme, ramollie. Sa substance est noirâtre et tombe en putrilage. Rien dans le tube digestif. Les reins sont congestionnés.

Signé : F.

ACCÈS APOPLECTIQUE

Déjà parmi les formes cérébro-rachidiennes, j'ai étudié une forme apoplectique cérébrale dont la lésion est limitée au cerveau.

Mais ce même processus peut atteindre en même temps des organes contenus dans les cavités craniennes et thoraciques et ce sont les syndromes qui en résultent qui composent la division dont il me reste à m'occuper.

Les formes *apoplectiques* sont plus fréquentes que les précédentes. Quoique, en effet, les statistiques n'en contiennent que deux cas, j'ai pu retrouver sept autopsies dans le registre de l'amphithéâtre.

Les lésions qui dominent dans cette forme sont la congestion et la suffusion hémorrhagique. Quant à l'hémorrha-

gie proprement dite, elle n'est signalée qu'une fois dans les sept autopsies.

Mais si ces lésions sont toujours les mêmes, les organes qui en sont le siège varient. Aussi ai-je cru devoir établir des subdivisions dans cette forme. Celles que les faits permettent d'admettre sont au nombre de deux :

1° *L'apoplexie du cerveau et des poumons;*

2° *L'apoplexie du cerveau, des poumons et du péricarde.*

Je n'ai trouvé aucune autopsie d'apoplexie pulmonaire isolée.

Je donne ici deux autopsies de la première forme et une de la seconde.

CERVEAU ET POUMONS

Observation LXX.

FIÈVRE PERNICIEUSE APOPLECTIFORME

17 août 1858.

A... Nivaise, transporté du Gardien, âgé de 38 ans, né à Cormessy (Marne). Entré à l'hôpital le 16 août 1858, mort le 17 à 6 heures 1|2 du matin.

Cet homme, entré dans la journée, se plaignit de mal de tête et de fièvre. On lui prescrivit de la limonade citrique, un pédiluve sinapisé et 45 gr. de sulfate sodique à prendre dans la soirée. Cette prescription remplie, le malade s'endormit, mais à 6 heures du matin la sœur en s'approchant de son lit le trouva mort, couché sur le côté droit et déjà en proie à la raideur cadavérique. Ni les malades ses voisins, ni les infirmiers, ni les sœurs dans leurs tournées ne l'ont entendu se plaindre.

Autopsie 11 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Un peu d'amaigrissement. Décoloration des lèvres et des yeux.

Crâne. — Les méninges sont rougeâtres et injectées. Un peu de suffusion sanguine à la surface de l'arachnoïde qui contient une sérosité sanguinolente. La pie-mère est très engorgée et les plexus choroï-

des sont injectés. Le cerveau est très ramolli. La substance corticale est plus foncée qu'à l'état normal et la substance blanche présente un état sablé très prononcé. Sérosité sanguinolente dans les ventricules cérébraux, hypérémie générale de toute la masse encéphalique.

Thorax. — Rien à droite : poumons, plèvre à l'état sain. *A gauche, adhérences complètes de tout le poumon avec les parois thoraciques. Cet organe est entièrement congestionné et présente une couleur lie de vin à la coupe, il renferme un liquide spumeux, sanguinolent. Le péricarde renferme des traces d'inflammation ancienne.*

Les cavités gauches sont très dilatées. Il en est de même des droites, et de plus elles renferment un caillot fibrineux, ambré, de la grosseur d'un œuf de poule, envoyant des prolongements dans les veines caves et le ventricule droit.

ABDOMEN. — Le foie est assez volumineux, congestionné. La rate est assez développée et tombe en putrilage. L'intestin grêle présente une foule d'arborisations. Les reins sont congestionnés.

Signé : F.

OBSERVATION LXXI.

G... JULES, transporté. Entré à l'hôpital le 24 février 1868, mort le 25 du même mois à 2 heures du matin.

Autopsie : 12 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Bien constitué, — suffusion sanguine à la partie postérieure du thorax.

Poitrine. — Adhérences assez fortes de la plèvre ; les poumons fortement congestionnés, splénisés à leur base, n'offrent de crépitation qu'à leur sommet.

Cœur. — Un peu hypertrophié.

Intestins. — Le foie est flasque et gorgé de sang noir.

Reins. — A l'état normal.

Crâne. — La boîte osseuse ouverte, *les méninges sont fortement congestionnées.*

On *remarque de la sérosité sanguinolente dans les ventricules* — Le cerveau est flasque, comme macéré.

Signé : A.

FIÈVRE PERNICIEUSE FORME APOPLECTIQUE

Observation LXXII.

9 novembre 1863.

C..., transporté. Entré à l'hôpital le 8 novembre 1863, mort le 9, à 3 heures du matin.

Autopsie, 7 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Rigidité cadavérique très prononcée.

Cavité crânienne. — Le cerveau est entouré d'une nappe de sang épanché entre les membranes et ayant 2 millimètres d'épaisseur; partout on trouve des caillots passifs, du sang répandu de toutes parts, jusque dans le canal vertébral. La substance cérébrale est dure, tandis que le cervelet a au contraire une consistance molle. — Les olives sont rouges.

Cavité thoracique. — Les poumons sont congestionnés; le sang a atteint une teinte noirâtre prononcée. — Dans le péricarde on trouve une grande quantité de sang noir épais et spumeux; rien de particulier dans le cœur, si ce n'est la teinte noirâtre du sang.

Cavité abdominale. — Grande quantité de sérosité dans l'abdomen, infiltration séreuse du péritoine et des bourses. — Le foie renferme du sang assez consistant. — La bile vue en masse est noire. Étendue, elle offre une teinte couleur ocre.

L'estomac est congestionné et rétracté; sa muqueuse est de coloration rougeâtre; il contient un liquide d'un noir verdâtre.

Les intestins sont entièrement rétractés; ils offrent de nombreuses plaques rougeâtres.

La rate a son volume ordinaire; elle est de couleur rose foncé et offre un commencement de diffluence.

M.

CHAPITRE XXIII

FORMES APYRÉTIQUES DU PALUDISME

FORMES LARVÉES

Le nombre des manifestations apyrétiques de l'intoxication paludéenne n'est pas à comparer à la Guyane, comme du reste dans les autres foyers du paludisme, avec celui de ses formes fébriles.

Je rangerai dans cette division, outre les formes que l'on désigne généralement sous le nom de larvées, la *cachexie paludéenne*. Cette dernière, en effet, quoique souvent traversée par des accès intercurrents, m'a paru rester, lorqu'elle est dégagée de toute complication, franchement apyrétique.

Fonctions digestives. — On a parlé de diarrhée, de crampes d'estomac, de gastralgie, de salivation, d'amygdalites pouvant chez certaines personnes remplacer de véritables accès de fièvre, et sans que j'en aie observé moi-même, je suis tout porté à y croire. Dans ces cas, toutes ces affections présentent quelques caractères qui permettent de les rattacher à l'intoxication qu'on leur donne comme origine commune. D'abord elles se produisent chez des personnes impaludées ; elles ont parfois remplacé de véritables accès de fièvre ; elles débutent et se terminent comme eux, c'est-à-dire que des frissons ouvrent la scène et des sueurs la terminent. De plus, elles sont de courte

durée, affectent une marche toute spéciale et qui n'est pas celle de ces mêmes affections, se développant sous l'influence de leurs causes ordinaires. Enfin leur retour est prévenu ou retardé par le sulfate de quinine. Voilà, on l'avoue, bien des raisons qui plaident en faveur de la nature paludéenne de ces affections.

Nous avons vu précédemment quelles manifestations graves *les voies respiratoires* peuvent offrir du paludisme. Mais ces manifestations graves ne sont pas les seules. On a signalé de simples bronchites, presque sans fièvre, apparaissant sous la même influence et, je le répète, je ne vois là que la confirmation des idées que j'ai souvent exprimées.

Le système circulatoire est pauvre en manifestations de ce genre. On a cité cependant un cas d'angine de poitrine présentant tous les caractères paludéens.

Il en est de même des *systèmes musculaires et articulaires*. Seul ce dernier peut présenter des phénomènes douloureux siégeant au niveau des grandes articulations; mais encore, peut-être, serait-il plus logique de les ranger dans la classe des névralgies dont je vais m'occuper.

Ces dernières sont de beaucoup les formes larvées les plus communes. On observe *les névralgies* sus et sous-orbitaires, faciale, dentaire, intercostale, sciatique, et l'arthralgie. Elles se présentent comme fréquence à peu près dans l'ordre précédent.

Les mêmes caractères que précédemment permettront d'affirmer leur nature et inspireront leur traitement.

CHAPITRE XXIV

FORMES APYRÉTIQUES DU PALUDISME *(suite)*

CACHEXIE

A la Guyane le tableau de la cachexie paludéenne s'observe à chaque pas. Sur 10 condamnés européens, ayant survécu au désastre de la transportation, 9 en sont atteints. Nulle part elle n'est plus fréquente et ne se présente avec des couleurs plus tristes. C'est qu'en effet, peu de pays offrent au miasme paludéen un terrain plus vaste à son libre développement, et que de plus l'impossibilité pour le personnel de la transportation de tout rapatriement le lui livre sans défense et lui permet d'achever son œuvre de destruction. On a signalé sa fréquence dès les premières années de la dernière tentative de colonisation, et déjà on sent dans la description des premiers observateurs, combien ils étaient frappés par son aspect navrant. Mais aujourd'hui, parmi les anciens transportés européens, ce n'est pas de la fréquence dont il faut parler c'est de sa généralisation. Il en est tellement ainsi qu'on ne la fait plus figurer que rarement dans les statistiques.

On s'attache encore à compter les maladies intercurrentes qui conduisent les cachectiques à l'hôpital ; c'est sous ces différents diagnostics qu'on les voit figurer dans les relevés mensuels. Mais quant à l'infection palustre chronique elle-même, on n'en tient plus compte ; je le répète, il

y en a presque autant de cas que d'entrées dans les hôpitaux.

Ce n'est pas sans une impression pénible qu'on rencontre dans les chemins abandonnés de la colonie ces formes humaines traînant misérablement la fin de leur existence. Il est vrai que la pauvreté, compagne inséparable de la maladie, contribue pour sa part à rendre leur aspect encore plus digne de pitié. La démarche du cachectique est lente, pénible, hésitante : il est rare qu'il ne s'aide pas d'un bâton. Courbé vers la terre, quelques pas suffisent pour l'essouffler. Aussi le rencontre-t-on souvent assis le long des sentiers, cherchant à reprendre un peu de force ou réparant le pansement de quelque ulcère, affection qui si souvent complique son état.

Sa peau offre une couleur terreuse caractéristique ; elle paraît sèche, presque écailleuse et sans souplesse. L'œil est terne, fermé en partie par des paupières œdématiées ; les cheveux toujours blanchis avant l'âge ont souvent disparu. La face est bouffie, pâle et sans expression. On voit que de ce corps, l'intelligence s'en va avec la vie. Les mains, les pieds et les jambes sont gonflés outre mesure. Ajoutez à cela un œdème généralisé, souvent de l'ascite, de la diarrhée, des ulcères souvent aux pieds et aux jambes, enfin la malpropreté, suite inévitable de l'insousciance dans laquelle jette la maladie, et l'on aura la physionomie générale de l'ancien paludéen.

Je l'ai dit en commençant, on arrive à cet état soit par une marche rapide, à la suite d'accès intermittents relativement peu nombreux, soit au contraire lentement, graduellement sans qu'on puisse attribuer une bien grande part de cet appauvrissement général de l'organisme aux accès qui représenteraient ainsi les périodes aigües. C'est le peu d'intensité de ces accès, et le peu de cas qu'en font

souvent les malades qui a pu faire croire que la cachexie peut s'établir d'emblée, c'est-à-dire constituer une forme initiale et unique de l'intoxication paludéenne. Ce que j'ai vu à la Guyane ne me permet pas de me rallier à cette opinion. Je crois que la cachexie est bien une expression morbide distincte de tout autre ; mais qu'elle n'est jamais primitive, et qu'en un mot, cette forme chronique du paludisme, contrairement à ce qui se passe souvent en pathologie, ne s'établit jamais d'emblée, mais seulement à la suite d'autres manifestations aiguës.

C'est en vain que l'on s'est demandé quelle était la forme, le type qui y conduisait le plus rapidement. Son établissement plus ou moins rapide dépend d'autres circonstances qui nous restent inconnues.

Sous son influence, toutes les fonctions sont perverties. L'appétit devient capricieux et se perd. Seule la soif persiste. La langue est molle, blanchâtre et les gencives décolorées. Il est fréquent de voir des mucosités abondantes être rendues tous les matins. Quelques malades ont à ce moment de véritables vomissements. Enfin les digestions se font mal, et à des périodes de constipation opiniâtre succèdent souvent sans raison des périodes de diarrhée.

L'œdème que l'on voit se produire partout et qui commence souvent par l'espace intersoucilier se manifeste parfois également du côté des voies pulmonaires. Il se traduit par de la dyspnée et souvent à l'auscultation par des râles muqueux.

Dans la dernière période de l'affection, lorsque la faiblesse du malade est telle qu'il est condamné au lit, il n'est pas rare de voir apparaître de l'hypostase pulmonaire et des plaies de position.

Les fonctions circulatoires sont une de celles qui offrent

le plus d'intérêt. Outre les œdèmes et les épanchements divers ascitiques, péricardiques, pleuraux, et cérébro-rachidiens, qui jouent un grand rôle surtout sur la symptomatologie de la fin, il faut s'arrêter d'une manière spéciale sur l'état du cœur et sur celui du pouls.

Le cœur est souvent le siège de palpitations violentes et douloureuses. Gêné dans ses mouvements par l'épanchement du péricarde, il voit de plus en plus ses fonctions être entravées, longtemps avant la phase ultime, par des caillots que l'on trouve très anciens à l'autopsie, et qui ont dû évidemment être un obstacle au jeu régulier de ses valvules.

Les battements sont souvent assez marqués pour être visibles à l'œil nu. Il y a même, sous l'influence de l'épanchement péricardique, de la voussure précordiale. Enfin l'auscultation fait constater un bruit de souffle qui se prolonge dans les carotides et les principales artères.

Le plus souvent la cachexie paludéenne, sauf les accès intercurrents, est apyrétique. Il n'est pas rare même de voir la température tomber au-dessous de la moyenne. Cependant pour certains cas, surtout dans la période avancée, on peut voir survenir tous les soirs un léger mouvement fébrile faisant monter le thermomètre à 38 et 38° 5. C'est cet état que les malades ont désigné sous le nom de *fièvre lente*.

Les fonctions nerveuses ne sont pas sans recevoir l'influence de l'affaiblissement général de l'organisme. Les sens sont plus obtus, la parole plus lente, la mémoire se perd, l'intelligence proprement dite finit par devenir paresseuse.

Le sens génital, qui est souvent surexcité dans l'anémie franche, devient au contraire moins impérieux dans la cachexie paludéenne et cela d'une manière assez mar-

quée sur les deux sexes. Il y a plus, c'est qu'à ce manque d'appétit vénérien se joint une diminution bien marquée de la fécondité de la femme. Comme dans toutes les maladies affectant la totalité de l'organisme et l'appauvrissant, chez la femme cachectique, les menstrues deviennent irrégulières et même se suppriment. Si quelques grossesses se produisent encore, il est rare qu'elles arrivent à terme et dans ces cas enfin, il est encore plus rare que la mère puisse allaiter ses enfants. Quant à ces derniers, nés de parents cachectiques ou simplement paludéens, ils sont le plus souvent dignes de pitié. Ils apportent en naissant le stigmate de l'intoxication sous l'influence de laquelle ils ont été conçus, et que comme un héritage, impossible à désavouer, ils ont reçu de leurs parents.

Le foie dans la période confirmée de la maladie est augmenté de volume ; on le sent manifestement remonter très haut et dépasser de plusieurs travers de doigts le rebord des fausses-côtes. Mais plus tard il n'est pas rare de le voir, par un processus analogue à celui de la cirrhose, revenir sur lui-même. On le trouve dans ces cas dur et résistant au scalpel. Cependant ce n'est que chez les alcooliques que son volume peut descendre au-dessous du volume normal.

Mais quelle que soit l'exagération du volume du foie, elle n'est pas à comparer avec celle de la rate. On voit cette dernière être souvent doublée et triplée. Ordinairement, dissimulée dans l'hypocondre, elle se dégage souvent chez les cachectiques des fausses-côtes et s'avance vers l'ombilic qu'elle peut même dépasser. Dans quelques cas je l'ai vue envahir le flanc gauche.

Enfin la sécrétion urinaire est presque toujours augmentée d'une quantité notable; mais fait qui, je crois, n'avait pas été signalé, la densité de l'urine descend à des

chiffres inconnus dans toute autre affection. On trouve souvent les chiffres 1002, 1003, ce qui réduit à 4 et 6 gr. la quantité de matières solides contenues par litre. De plus il n'est pas rare de trouver quelques légères traces d'albumine.

Tels sont les symptômes saillants, énumérés d'après l'ordre des principales fonctions. Ils rendront, je le suppose, en s'aidant du tableau du cachectique que j'ai tracé au début, le diagnostic facile. Un seul, du reste, pourrait présenter quelque difficulté, c'est celui de l'anémie simple. Cette dernière affection, en effet, est aussi très fréquente à la Guyane et entre toujours pour une part dans la cachexie paludéenne. Mais à l'encontre de cette dernière, elle se développe lentement et ne se présente jamais sous un aspect aussi misérable.

Sous son influence la peau devient diaphane, le tissu cellulaire s'infiltre, l'appétit disparaît, les forces baissent, mais tout cela dans des proportions beaucoup moindres. De plus l'intelligence reste active, quelquefois même l'imagination s'exalte et les fonctions génésiques, loin de perdre en activité, semblent surexcitées. Enfin l'engorgement des viscères abdominaux manque.

Les cadavres des cachectiques se présentent à l'amphithéâtre sous deux aspects bien différents. Les uns en effet sont ascitiques et manifestement envahis par une anasarque générale. Si quelques solutions de continuité existent à la peau, ulcère, plaie, déchirure, une partie de l'anasarque a disparu. Le tissu cellulaire d'un membre ou d'une portion d'un membre s'est vidé et le cadavre baigne dans cette sérosité roussâtre. Ce dégorgement peut même se

produire sans issue manifeste et comme par simple exsudation.

Les bourses offrent un volume énorme et les traces non douteuses de l'inflammation dont ces parties sont toujours le siège dans les derniers temps de la vie.

Dès les premiers coups de scalpel, une sérosité rousse s'échappe des mailles du tissu cellulaire sous-cutané qui est jaune pâle, comme transparent. On le dirait hydrotomisé. Le tissu musculaire est flasque et décoloré. Parfois, lorsque des phénomènes bilieux sont venus se mêler à ceux de la cachexie, trouve-t-on toutes les parties avec une légère teinte ictérique mais elle est toujours très faible.

C'est là l'aspect général, lorsque la mort a été devancée par quelques complications aiguës ou quelque affection intercurrente. Mais lorsque la cachexie est arrivée à sa dernière période et que le malade s'est éteint lentement sous son influence, on peut trouver les cadavres absolument squelettiques. C'est que la diarrhée colliquative, qui caractérise la fin du paludisme chronique, a débarrassé l'organisme de cette quantité considérable de liquide. On a vu alors, dans les derniers jours, les malades fondre sous les yeux. Seuls dans ces conditions les épanchements des séreuses subsistent. Les cadavres se présentent dans ces cas avec l'aspect étrange que peuvent offrir quatre membres, un thorax et une figure décharnés, attachés à un abdomen triplé de volume.

Dans ces cas la peau est sèche, écailleuse, et le tissu cellulaire manifestement teinté de jaune. Il en est de même de celui qui entoure les muscles, qui, eux-mêmes, moins décolorés que précédemment, présentent quelquefois la même couleur.

La lésion la plus constante est l'altération du sang. Je crois qu'elle n'a jamais fait défaut. Elle consiste surtout

dans l'excès de sa partie liquide ou hydrémie, d'où sa fluidité, sa décoloration et la diminution considérable des globules rouges. Ce caractère se rencontre même dans les organes ou les portions du système circulatoire, dans lesquels on trouve le sang sous une masse considérable et où par conséquent on a l'habitude de le trouver sous ses nuances les plus sombres, comme les veines caves et le foie.

Puis vient l'hypertrophie de la rate. Cet organe éprouve presque toujours au moment de la mort un retrait sensible. mais on ne le trouve pas moins augmenté de volume. Le plus souvent sa consistance varie, mais elle m'a cependant paru moins diffluente dans la cachexie que dans toute autre forme paludéenne. L'augmentation de volume du foie est moins constante. C'est que si forcément la rate est en cause toutes les fois qu'il s'agit de phénomènes fébriles longtemps prolongés ou fréquemment répétés, il n'en est pas de même du foie. Ce dernier viscère, en effet, ne paraît prendre part àces phénomènes que d'une manière contingente. Sa participation à ces processus morbides est une modalité des formes pyrétiques, mais elle ne leur est pas nécessaire.

Avec une fréquence non moins grande viennent ensuite les épanchements séreux. Ils dépendent le plus souvent de l'hydrémie. Cependant dans un certain nombre de cas une part revient à la compression. Il est parfois facile de préciser ce qui revient à ces deux influences. Lorsque l'intoxication a été lente et que les viscères abdominaux ont eu le temps de se développer avant que le sang ne soit altéré d'une manière apparente, on peut voir l'ascite se présenter la première. En ce moment, sauf la mollesse des chairs et la teinte bistrée, rappelant le masque de la grossesse, qu'offre le malade, on ne rencontre aucun œdème

marqué. A peine trouve-t-on le soir un léger gonflement des extrémités inférieures. Mais l'œil est encore vif, l'allure sûre et l'activité nullement diminuée. Et cependant déjà les phénomènes ascitiques apparaissent.

Puis au fur et à mesure qu'ils augmentent l'œdème envahit les membres inférieurs et enfin il se généralise. Or cette marche de l'œdème pour arriver à l'anasarque ne se rencontre jamais, à moins qu'il ne se complique d'alcoolisme, dans l'anémie franche.

Outre l'ascite, des épanchements se produisent dans les cavités péricardique, pleurale, dans les ventricules et sous les méninges.

Enfin parmi les lésions qui ne sont que fréquentes, je dois signaler les caillots fibrineux anciens dans le cœur et se prolongeant dans les gros vaisseaux ainsi que les lésions des plèvres et des poumons.

Toutes les autres ne sont que contingentes et sont les manifestations, bien plus des complications survenues soit dans le cours soit à la fin de la cachexie, que de la cachexie elle-même. De ce nombre sont certaines lésions de la cavité cranienne, épanchement séreux abondant dans les cas de mort par apoplexie séreuse, l'hémorrhagie dans les cas de mort par apoplexie, inflammation intestinale lorsque la diarrhée colliquative a terminé la scène, les altérations du foie quand les phénomènes bilieux ont eu une certaine importance. Enfin toutes les lésions que nous avons reconnues comme caractéristiques des accès pernicieux quand ce sont eux, ce qui arrive assez souvent, qui ont devancé le dénouement.

Le pronostic de la cachexie paludéenne, je l'ai fait entrevoir, est des plus graves. Je l'ai souvent formulé ainsi : *Sans rapatriement pas de salut*. C'est là une loi sans

exception. Tout cachectique s'il ne peut fuir le paludisme est fatalement voué à la mort. Il pourra prolonger son existence misérable plus ou moins longtemps en évitant les complications aigues, et s'alimentant le mieux possible. Mais les heureux effets de ces précautions et de ces soins ne peuvent dépasser quelques mois. Voilà pour le malade qui veut résister au climat ou qui ne peut le fuir.

Quant à celui auquel le rapatriement offre des chances de salut, voyons ce qu'il devient.

C'est ici qu'on peut différencier facilement ces deux états qui se confondent parfois, l'anémie tropicale et la cachexie paludéenne. Rendu au sol de la France, l'anémique ne tarde pas à se remettre. Avec une rapidité qui étonne parfois, on voit ses forces revenir, son activité renaître, et son organisme se transformer en quelques mois. Ce sont des faits qui frappent pendant les voyages de rapatriement ; ces transformations peuvent se suivre presque d'un jour à l'autre pendant les traversées de retour quelquefois assez courtes.

Il n'en est pas de même du cachectique. D'abord je l'ai dit, ce n'est pas toujours sans danger qu'il quitte le pays qui lentement ruinait sa santé. Le paludisme a le triste privilège de poursuivre la victime qui le fuit, même au delà de son foyer. On observe, en effet, chez les malades de nombreux accès de fièvre à bord des bâtiments qui les rapatrient. Des accès pernicieux peuvent même se produire en France, sans nouvelle impaludation et plusieurs années après le retour. De plus ce n'est que lentement que la nature reprend le dessus. L'appétit et l'intestin restent capricieux, la constipation alterne avec la diarrhée. Enfin même lorsque toutes les apparences indiquent le retour à la santé, c'est-à-dire que l'appétit et l'embonpoint sont re-

venus, que le teint a repris sa couleur normale, il n'en reste pas moins toujours à l'ancien cachectique les traces indélébiles de son affection. C'est qu'en effet la cachexie ne lui accorde qu'une trêve plus ou moins longue, mais que dans un temps qui varie avec les circonstances, il verra son affection se réveiller et presque toujours après avoir miné sa constitution finir par l'emporter. Et même pendant ce temps de répit, que de gênes, que de douleurs sourdes cette rate volumineuse ne lui occasionne-t-elle pas !

Le rapatriement lui-même n'est donc pas le salut assuré, définitif. Ce n'est, je le répète, qu'une trêve que la cachexie accorde à l'organisme, trêve après laquelle elle reprendra ses droits.

Quant à la mortalité de cette affection, il est difficile de l'apprécier; sur les 645 décès paludéens, j'en trouve 109 lui appartenant. Mais ces chiffres ne peuvent nous renseigner que sur le nombre de cas du paludisme arrivés à leur fin sans complication aiguë, par la cachexie seulement, et non point sur le nombre réel de ceux que d'avance la cachexie vouait à la mort. On le sait, en effet, souvent la fin est devancée par des formes aiguës intercurrentes, fièvre bilieuse et accès pernicieux, et dans ces cas, c'est à ces diverses affections qu'est rapporté le décès, et ainsi se trouve diminué d'autant, dans les statistiques, le nombre de victimes qui lui revient en propre.

Cependant, on peut le voir, même après lui avoir fait subir cette diminution, le nombre des décès qui lui appartient est encore assez considérable.

De plus je dois faire remarquer que la statistique sur laquelle je m'appuie s'arrête à l'année 1869, or je suis convaincu que depuis, les proportions des décès, entre les différentes formes, ont changé et tout à l'avantage de la cachexie paludéenne. D'abord parce que la transportation

européenne étant presque supprimée depuis 1866, les européens qui restent offrent forcément une plus grande proportion de cachectiques; ensuite parce que les travaux entraînant les formes aiguës ont, même relativement, beaucoup perdu de leur activité ; enfin parce que le personnel est aujourd'hui surtout composé par des Arabes et des cowlies et que, je l'ai dit, chez eux les formes aiguës s'effacent un peu, pour laisser une plus large place à la cachexie.

Rien n'est décourageant comme la situation du médecin en présence de cachectiques qu'il ne peut rapatrier. Cet aveu d'impuissance que la marche fatale de la maladie lui arrache à chaque malade est des plus pénibles, et combien de fois doit-il le faire tous les jours!

La vue de ces souffrances que l'on ne peut soulager, de cette mort que l'on voit s'avancer sûrement sans qu'on puisse lui disputer une victime, offre un spectacle si affligeant qu'il explique pour moi cette bonté parfois excessive que l'on témoigne à un personnel qui avant n'inspirait que de l'éloignement. Ne pouvant le guérir, on se trouve conduit à avoir pour lui une bonté qu'il n'exploite que trop souvent.

C'est en vain que dans ces conditions on donne une nourriture substantielle et les toniques. Le plus souvent la nourriture est mal supportée et les toniques restent sans efficacité.

Cependant il convient de soutenir le malade par l'alimentation la plus riche possible. Le lait, si on peut s'en procurer, la viande saignante et même crue, doivent constituer le fond du régime. Comme médication, il faut autant que possible varier les préparations de quinquina pour les faire mieux supporter et les associer au fer. Les

préparations arsenicales ont été essayées bien souvent, mais je ne crois pas qu'elles soient d'une bien grande efficacité tant qu'on reste sur place.

Il en est de même des nombreux succédanés du quinquina que tour à tour on a cherché à lui substituer.

Uu des moyens les plus propres à retarder le progrès de cette affection est sans contredit l'hydrothérapie. On ne peut la faire à la Guyane que dans des conditions qui laissent un peu à désirer, et cependant, même avec les moyens imparfaits que l'on possède, je la crois encore très utile. Que ce soit, en effet, à Cayenne ou à Maroni, les deux seuls poiuts sur lesquels des appareils hydrothérapiques aieut été mis à la disposition du médecin, l'eau est toujours à une température supérieure à 18 degrés et de plus la pression ne dépasse pas quelques mètres. Et cependant sous l'influence de ces ressources restreintes, on constate souveut des améliorations sensibles auxquelles l'iucurabilité de l'affection doit faire donner une sérieuse importauce.

Pour tout le personnel auquel toute chauce de rapatriement est enlevé, il faut au moins se rappeler la différence de salubrité que j'ai admise pour les diverses zones de la Guyane et l'en faire profiter. C'est du reste ce que l'on fait presque depuis le début. Les Iles-du-Salut sont devenues un véritable lieu de convalescence et, je l'ai dit, il n'est pas sans efficacité. Aussi je pense qu'on ne saurait trop l'utiliser.

Quant au persounel libre, il faut que le médecin sache prendre assez d'influeuce sur son malade et gagner assez sa confiance, pour pouvoir à un moment donné faire d'un conseil un ordre, et reuvoyer eu Frauce, même au prix de quelques sacrifices, les colons et commerçauts toujours prêts à retarder une absence.

S'il s'agit du personnel militaire ou administratif, à plus

forte raison doit-on être sévère. Il ne faut pas attendre que la cachexie s'établisse. Tout militaire ou fonctionnaire en proie à un paludisme tenace doit être d'office renvoyé. Ce n'est qu'à ce prix que la colonie pourra conserver un personnel valide et ne pas faire payer trop cher aux Européens son occupation et le concours qu'ils peuvent apporter à sa future prospérité.

TABLEAU n° 2[1], *comprenant le nombre de cas de maladies endémiques et internes sporadiques traitées à l'hôpital de Cayenne de* 1858 *à* 1867.

Années et trimestres	Maladies endémiques	Maladies internes sporadiques
1858		
1er semestre....	923	290
2e semestre......	1128	249
	2051	539
1859		
1er trimestre...	509	125
2e trimestre.....	545	118
3e trimestre.....	969	115
4e trimestre.....	725	176
	2748	534
1860		
1er trimestre....	530	194
2e trimestre.....	351	118
3e trimestre.....	477	156
4e trimestre.....	486	130
	1844	598
1861		
1er trimestre....	299	135
2e trimestre.....	362	140
3e trimestre.....	566	144
4e trimestre.....	426	68
	1653	487
1862		
1er trimestre....	331	106
2e trimestre.....	418	133
3e trimestre.....	550	104
4e trimestre.....	457	128
	1756	471

Années et trimestres	Maladies endémiques	Maladies internes sporadiques
1863		
1er trimestre....	437	173
2e trimestre.....	461	185
3e trimestre.....	505	137
4e trimestre.....	418	152
	1821	647
1864		
1er trimestre....	300	144
2e trimestre.....	283	178
3e trimestre.....	473	154
4e trimestre.....	431	130
	1487	606
1865		
1er trimestre....	271	116
2e trimestre.....	327	151
3e trimestre.....	445	175
4e trimestre.....	465	19
	1508	462
1866		
2e trimestre.....	412	129
3e trimestre.....	416	128
4e trimestre.....	341	138
	1169	395
1867		
1er trimestre....	293	183
2e trimestre.....	336	228
	629	442
	1666	5149

1. Le tableau n° 1 a été supprimé comme peu important.

TABLEAU n° 3

TABLEAU RÉCAPITULATIF des différentes formes paludéennes observées à l'hôpital de Cayenne pendant 21 *trimestres de* 1855 *à* 1861.

Années et trimestres	Quotidiennes	Tierces	Quartes	Irrégulières	Cachexies	Remittentes bilieuses	Accès pernicieux	Totaux
1855								
1er semestre	253	96	»	»	»	»	24	373
3e trimestre	160	13	»	423	59	»	2	657
4e trimestre	152	71	»	483	»	»	12	718
Totaux par année	565	180	»	906	59	»	38	1748
1857								
1er trimestre	92	17	1	179	104	»	13	406
2e trimestre	264	16	»	321	22	2	13	638
2e semestre	305	34	6	277	»	»	35	657
Totaux par année	661	67	7	777	126	2	61	1,701
1858								
1er semestre	103	32	4	488	»		19	646
2e semestre	107	18	2	775	»	1	33	936
Totaux par année	210	50	6	1263	»	1	52	1,582
1859								
1er trimestre	47	2	1	330	»	»	8	388
2e trimestre	55	»	»	304	108	9	11	487
3e trimestre	52	9	4	475	233		19	792
Totaux par année	154	11	5	1109	341	9	38	1667
1860								
1er trimestre	2	2	»	308	»	»	7	319
2e trimestre	29	9	2	184		»	8	232
Totaux par année	31	11	2	492		»	15	551
1861								
1er trimestre	21	3	»	184		»	5	213
2e trimestre	10	3	»	248		12	18	291
3e trimestre	40	19	1	365		5	25	446
4e trimestre	21	8	1	248		10	29	317
Totaux par année	92	24	2	1045		27	77	1267
Totaux généraux	1713	343	22	6118		39	281	8516

TABLEAU n° 4

TABLEAU RÉCAPITULATIF des décès par suite d'accès pernicieux

pendant 28 trimestres de 1861 à 1870.

	1861		1862				1863				1864				1866				1856		1867		1868		1869		1870		
	1er	3e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	3e	4e	1er	2e	3e	4e	1er	4e	1er	2e	28
Forme alaxique.....	»	»	4	6	7	7	3	»	1	»	»	»	»	»	«	»	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	84
— débilitante....	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
— comateuse	4	»	2	6	8	5	2	2	»	3	2	2	»	4	1	2	4	»	5	4	3	»	6	4	2	5	1	»	78
— congestive. ..	1	»	»	»	»	«	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	3
— dysentérique..	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	»	»	»	5	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	6
— algide	1	1	2	1	3	4	1	4	3	4	2	2	7	5	2	2	5	»	2	1	»	1	2	3	2	4	4	2	75
— pulmonaire....	»	1	»	»	»	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4
— convulsive ...	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4
— tétanique....	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	4
— syncopale	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	«	»	»	1
— muqueuse....	»	»	»	»	2	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5
— adynamique ..	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	«	»	»	»	4
— cérébrale.....	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2
— apoplectique..	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	«	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	2
— pneumonique.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	2	»	2	»	»	2	»	»	2	»	1	1	4	»	»	»	»	16
— thyphoïde	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
— cholérique ...	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
17	8	5	8	13	20	19	11	7	5	10	3	7	11	10	3		16	10	7	7	4	3	12	11	5	9	8	4	244

TABLE DES MATIÈRES

FORMES FÉBRILES

FORMES APYRÉTIQUES.

Châteauroux — Typ. et Stéréotyp. A. MAJESTÉ.

TRAVAUX DE M. LE DOCTEUR E. MAUREL.

1873. — De l'inflammation aiguë et chronique de la pulpe dentaire ou de la pulpite aiguë et chronique. Thèse de doctorat. Paris, 1873.

1874. — Nouvel appareil pour le traitement des fractures du corps de la clavicule et des luxations sus-acromiales (*Archives de médecine navale*, juillet et août 1874).

1874. — Deux observations de blessures graves traitées à l'aide de l'appareil hyponarthécique à double plan du docteur Beau (*Archives de médecine navale*, décembre 1874).

1875. — Des fractures des dents (*Archives de médecine navale*, janvier et février 1875). Tirage à part, J.-B. Baillière.

1875. — Des luxations des dents (*Archives de médecine navale*, avril et mai 1875). Tirage à part, J.-B. Baillière.

1877. — Nota sur une simplification de l'appareil d'Esmarch (*Archives de médecine navale*).

1877. — Traitement des fractures de la clavicule par un nouvel appareil (*Bulletin général de thérapeutique*).

1877. — Traitement de la carie dentaire (*Archives de médecine navale*, mars et avril 1877).

1878. — Note sur l'existence de l'homme préhistorique à la Guyane (Communication à la Société d'anthropologie, séance du 18 avril 1878).

1878. — Étude anthropologique et ethnographique sur les Indiens Galibis (Communication à la Société d'anthropologie, séance du 2 mai 1878).

1878. — De l'action locale de certaines substances sur les tissus durs de la dent (Communication à la Société de thérapeutique, séance du 8 mai 1878 ; *Gazette hebdomadaire*, juin 1878 ; *Bulletin général de thérapeutique*, 15 juin et 1er juillet 1878).

1878. — De la fréquence de la carie dentaire chez les Indiens Galibis et leurs métis (Communication à la Société d'anthropologie, séance du 20 juin 1878).

1878. — Des greffes dermo-épidermiques dans les différentes races humaines (Communication à la Société de biologie, séance du 22 juin 1878).

1878. — De l'emploi du sulfure de carbone dans le pansement des plaies (Communication à la Société de thérapeutique, séance du 12 juin 1878).

1878. — Étude anthropologique sur les immigrants indiens (Congrès d'anthropologie, séance du 17 août 1878).

1878. — De la fréquence de la carie dentaire considérée comme caractère anthropologique (Communication au Congrès pour l'avancement des sciences, section de l'anthropologie, séance du 18 août 1878).

1878. — Étude hygiénique sur le garde-côte *le Tonnerre* (*Archives de médecine navale*, septembre 1878 et tirage à part, J.-B. Baillière).

1878. — Étude crâniologique sur trois têtes d'immigrants indiens (Communication à la Société d'anthropologie, séance du 7 sepbre 1878).

1878. — Étude sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de la carie dentaire (Communication à la Société de biologie, séance du 9 novembre 1878).

1878. — Note sur un monocle élastique inévaporant (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 novembre 1878).

1878. — Luxation spontanée d'un cristallin cataracté dans la chambre antérieure. Tentative d'extraction par la kératotomie supérieure ; pendant l'opération, réduction du cristallin. Réclinaison (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 décembre 1878).

1879. — Compte rendu d'une épidémie de fièvres typhoïdes bilieuses et de fièvres à rechute, observées à Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane française (*Gazette hebdomadaire*, 24 janvier 1879).

1879. — Note sur une modification au procédé de Jules Roux pour l'amputation tibio-tarsienne (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mars 1878).

1879. — Appréciation de l'acuité visuelle sous le rapport de l'aptitude professionnelle chez les soldats et les marins (*Archives de médecine navale*, avril 1879 et tirage à part).

1879. — De la détermination expérimentale de l'acuité visuelle (Communication à la Société de biologie, 5 juillet 1879).

1879. — Étude de clinique expérimentale sur les diurétiques (Communication à la Société de thérapeutique, 9 juillet 1879 (*Bulletin général thérapeutique*, n° du 16 février 1880 et les suivants).

1879. — Essai sur les bassins des femmes coolies (Communication à la Société d'anthropologie, séance du 3 juillet 1879).

1879. — Docteurs HARDY et MAUREL. Mémoire sur l'hydrologie de la Guyane française (Communication à l'Académie de médecine, 28 octobre 1879. Communication à la Société d'hydrologie, séance du 3 novembre 1879).

1879. — Note sur l'emploi des caustiques arsénicaux contre l'onyxis ulcéreux observé à la Guyane (Communication à la Société de chirurgie, séance du 31 octobre 1879).

1879. — De l'onyxis ulcéreux observé à la Guyane française (*Archives de médecine navale*, novembre 1879).

1879. — Modification au procédé de Desmarres pour l'opération du ptérygion (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 novembre 1879).

1880. — Note sur une réaction propre à l'albumine de la fièvre typhoïde et de quelques autres maladies fébriles (Communication à la Société de biologie, séance du 3 janvier 1880).

1880. — Note sur la désinfection des selles par la poudre de charbon dans la fièvre typhoïde (Communication à la Société de thérapeutique, séance du 14 février 1880).

1880. — Présentation à la Société de chirurgie d'une nouvelle pince à phimosis.

1880. — Les stéthoscopes et l'acoustique (Communication à la Société clinique des hôpitaux).

1880. — Du régime lacté et du régime mixte gradué dans la diarrhée et la dyssenterie chroniques. (Communication à la Société clinique des hôpitaux et *Bulletin général de thérapeutique*.)

1880. — Note sur une filière millimétrique pour les voies lacrymales (Congrès d'ophthalmalgie de Milan et *Bulletin de thérapeutique*).

1880. — Aperçu général sur le pansement des plaies (Congrès pour l'avancement des sciences de Reims) (Section de médecine).

1880. — Du sens de la vue au point de vue anthropologique (Congrès pour l'avancement des sciences de Reims) (Section d'anthropologie).

1881. — Méthode pour l'examen de la vue (Communication à la Société d'anthropologie).

1881. — Mémoire sur les antithermiques (Communication de la Société de thérapeutique).

1882. — De la répartition des recrues dans les diverses professions de la marine au point de vue de la vision (*Revue maritime et coloniale.* — Mois de mai 1882 et suivants).

Châteauroux — Typ. et Stéréotyp. A. MAJESTÉ.



A LA MÊME LIBRAIRIE :

Archives de médecine navale, recueil publié sous la surveillance *de l'Inspection générale du service de santé*. Directeur de la rédaction : A. LE ROY DE MÉRICOURT, médecin en chef de la marine. Les archives de médecine navale paraissent le 15 de chaque mois par cahier de 80 pages, avec figures dans le texte et planches hors texte. Prix de l'abonnement : France et Algérie, **14** fr. Étranger, **17** fr.

Les abonnements partent du 1er janvier de chaque *année et ne sont reçus* que pour un an.

Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles (Martinique), par BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine. 2 vol. in-8° de 1193 pages.......... **16** fr.

Traité théorique et clinique de la Dysenterie. Diarrhée et dysenterie aiguës et chroniques, par BÉRENGER-FÉRAUD, 1 fort vol. in-8° de 795 pages.......... **12** fr.

De la fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane, par BUROT, médecin de 1re classe de la marine. Application des découvertes de M. Pasteur à la pathologie des pays chauds, 1 vol. in-8° de 535 pages, avec 5 planches hors texte, dont une coloriée.......... **10** fr.

Manuel de chimie organique, avec ses applications à la médecine, à l'hygiène et à la toxicologie, par HÉTET, pharmacien en chef de la marine, professeur de chimie à l'école de Médecine navale de Brest, 1 vol. in-18 de 880 pages, avec 50 figures dans le texte, broché. **8** fr.
Cartonné.... **9** fr.

Traité élémentaire de médecine légale, de toxicologie et de chimie légale, par A. B. PAULIER et HÉTET, 2 vol. in-18 formant 1380 pages, avec 150 figures dans le texte et 24 planches en couleur hors texte.......... **18** fr.

De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune, par le Dr A. CORRE, médecin de la marine, professeur agrégé de l'École de médecine de Brest, 1 vol. in-8° de 98 pages, avec une planche hors texte.......... **3** fr. **50**

La mère et l'enfant dans les races humaines, par le Dr A. CORRE, 1 vol. in-18 de 275 pages, avec figures dans le texte....... **3** fr. **50**

Les microphites du sang et leurs relations avec les maladies, par Richard LEWIS, 1 vol. in-18 avec 39 figures dans le texte... **1** fr. **50**

Des bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde, par G. RAPPIN, 1 vol. in-8° de 80 pages, avec une planche hors texte contenant 12 figures.......... **3** fr. **50**

Dictionnaire des sciences anthropologiques, anatomie, crâniologie, archéologie préhistorique, ethnographie (mœurs, lois, arts, industrie), démographie, langues, religions Publié sous la direction de MM. A. BERTILLON, COUDEREAU, A. HOVELACQUE, ISSAURAT, ANDRÉ LEFÈVRE, CH. LETOURNEAU, de MORTILLET, THULIÉ et E. VÉRON.

L'ouvrage sera complet en 24 livraisons. Prix de chaq. liv. **1** fr. **25**

Les 7 premières livraisons sont en vente (15 octobre 1882).

Châteauroux. — Imprimerie et Stéréotypie A. MAJESTÉ.

